Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Estrie

Programme québécois de lutte contre le cancer

PLAN D'ACTION 2004-2007

Adopté par le conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

21 juin 2004

106-03358/

Équipe de rédaction

Louise Rivard, agente de programmation, Direction de l'organisation des services et des ententes de gestion
Robert Pronovost, médecin-conseil, Direction de santé publique et de l'évaluation
Thérèse Côté, conseillère en développement des ressources humaines, Direction des ressources humaines et des communications

Collaboration

Membres du Comité de pilotage de la lutte contre le cancer en Estrie
Thérèse Côté, conseillère en développement des ressources humaines, Direction des ressources humaines et des communications

Conception graphique

Bernard Bilodeau, technicien en communication

Traitement et révision du texte

Nicole Calvert, secrétaire, Direction de l'organisation des services et des ententes de gestion
Mireille Ara, Direction de santé publique et de l'évaluation

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les membres du Comité de pilotage pour la qualité de leur implication à la réalisation du mandat qui leur était confié. Il s'agit de :

Pour le CHUS :

- Madame Nicole Beauchesne, responsable clinico-administrative du Regroupement clientèle en soins oncologiques.
- Docteur Jean Dufresne, responsable médical du Regroupement clientèle en soins oncologiques.

Pour les CLSC et CHSLD :

- Monsieur Pierre-André Rainville, directeur des programmes santé physique et services hospitaliers, Centre de santé de la MRC d'Asbestos.
- Madame Danielle Lareau, directrice de développement des programmes et services à la clientèle, Carrefour de la santé et des services sociaux du Val-Saint-François.
- Docteure Isabelle Vaillancourt, chef de médecine, CLSC de Sherbrooke.
- Docteur Marcel Arcand, médecin responsable des soins de longue durée, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Pour le DRMG :

- Docteur Robert Masse, médecin, Centre de santé Memphrémagog.

Pour la Direction de la santé publique de l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux :

- Docteur Robert Pronovost, médecin-conseil, Service prévention promotion.

Pour les organismes de la communauté :

- Madame Martine Veilleux, directrice générale, Soins palliatifs La Rose des Vents.
- Madame Madeleine Lavoie, directrice de la région de l'Estrie, Fondation québécoise du cancer.

Pour le Forum de la population :

- Madame Gabrielle Jung

PRÉAMBULE

La lutte contre le cancer : une priorité pour l'ensemble des régions du Québec à actualiser dans un environnement en mouvance

En Estrie, tout comme ailleurs au Québec et au Canada, le cancer constitue **l'un des problèmes de santé les plus importants** et, selon les tendances actuelles, le demeurera au cours des prochaines années. Il appert que la probabilité d'être atteint d'un cancer s'élève à 43 % chez les Québécois et à 37 % chez les Québécoises.[1] Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les gens connaissent au moins une personne touchée par le cancer et craignent d'en être victimes à leur tour. Malgré les progrès réalisés dans la connaissance de cette maladie, la croissance et le vieillissement de la population continueront de faire pression sur les systèmes de santé qui, présentement, suffisent à peine à répondre aux demandes dont ils font l'objet; d'où l'importance **de moderniser la lutte contre le cancer.** De l'avis plusieurs organismes en la matière, cette modernisation passe par la coopération et l'élaboration de stratégies d'action consensuelles et coordonnées visant autant l'intervention sur les risques de cancer que celles permettant d'agir lors de l'apparition de la maladie. C'est dans cette perspective que le **Gouvernement du Québec** adoptait en 1998 **sa stratégie de lutte contre le cancer** qui, pour la première fois, offre dans ce domaine une vision d'ensemble des différentes mesures à prendre pour mieux prévenir et guérir le cancer.

Retenue comme priorité d'action par l'ancien gouvernement, le docteur Philippe Couillard, actuel ministre de la Santé et des Services sociaux, confirmait l'importance que nous devions accorder à cette problématique et annonçait son maintien en invitant chacune des régions du Québec à établir leur programmation régionale et à déposer leur plan d'action d'ici le 31 mars 2004. C'est dans cette perspective que les membres du Comité de pilotage de la lutte contre le cancer en Estrie ont mis leur expertise à contribution afin d'établir le programme et le plan d'action régional tout en souscrivant à la volonté ministérielle d'un programme provincial et de dix-huit programmes régionaux.

Tout au long de leurs travaux, les membres du comité ont aussi cherché, malgré l'environnement transitionnel dans lequel nous gravitons, à situer le programme régional de lutte contre le cancer à l'intérieur du projet organisationnel et clinique découlant de l'adoption et de la mise en œuvre de la Loi sur les agences de développement de services de santé et de services sociaux, loi sanctionnée en décembre 2003. Rappelons que cette dite loi vise l'implantation de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux afin de rapprocher les services de la population et faciliter le cheminement des personnes à l'intérieur du réseau. Ce modèle de réseaux locaux repose sur la disponibilité, à proximité du milieu de vie, d'une large gamme de services de première ligne et sur la mise en place de mécanismes de référence et de suivi pour assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième lignes.

Partant de ce fait, beaucoup d'éléments contenus au plan d'action s'inscrivent dans cette voie, sans pour autant être le propre d'actions spécifiques de la lutte contre le cancer. Seuls la mise en place d'équipes territoriales et spécialisées en oncologie et en soins palliatifs ainsi que les éléments de structure proposés pour l'implantation du programme régional sont directement associés à l'offre de service en cancer.

---

[1] GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Programme québécois de lutte contre le cancer : pour lutter efficacement, formons équipe*, MSSS, Comité consultatif sur le cancer, 1997, p. 24-25.

TABLE DES MATIÈRES

Préambule ____ iv

Sigles et abréviations ____ vii

Mise en contexte ____ 1
PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER ____ 1
Assise du programme québécois de lutte contre le cancer ____ 1
Finalité du programme québécois de lutte contre le cancer ____ 3
DÉMARCHE ESTRIENNE ____ 4
État de situation ____ 4
Mécanique de concertation et plan d'action triennal 2004-2007 ____ 4

Programme régional de lutte contre le cancer ____ 5
PROFIL DE LA RÉGION ET SON ORGANISATION DE SERVICE ____ 5
FAITS SAILLANTS DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER EN ESTRIE ____ 7
PRINCIPAUX OBJECTIFS POURSUIVIS PAR L'IMPLANTATION DU PROGRAMME RÉGIONAL ____ 9

Éléments structurants du programme régional de lutte contre le cancer ____ 11
SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DE SERVICE ____ 11
Clientèle visée ____ 11
Parcours thérapeutique ____ 11
Les équipes territoriales et spécialisées ____ 13
GOUVERNE ____ 18
MAINTIEN ET ÉVOLUTION DE LA QUALITÉ ____ 21

PLAN D'ACTION 29
VOLET PRÉVENTION, PROMOTION, DÉPISTAGE 29
Habitudes de vie et des maladies chroniques : prévention et dépistage 31
Santé environnementale 39
Santé en milieu de travail : interventions variées de prévention 43
VOLET INVESTIGATION, TRAITEMENT ET SOUTIEN 45
VOLET SOINS PALLIATIFS 46

PLAN DÉTAILLÉ DES INTERVENTIONS 47
VOLETS PRÉVENTION – PROMOTION – DÉPISTAGE 47
Prévention des cancers par une approche intégrée dans le domaine des habitudes de vie et maladies chroniques 48
Prévention du cancer de la peau 61
VOLET INVESTIGATION, TRAITEMENT ET SOUTIEN 62
VOLET SOINS PALLIATIFS 67
VOLET ACTIVITÉS LIÉES AUX ÉLÉMENTS STRUCTURANTS DU PROGRAMME À METTRE DE L'AVANT 69
En lien avec la gouverne 69
En lien avec l'architecture d'organisation de service proposée 70
En lien avec le volet maintien et évolution de la qualité 70

Annexes
A PRÉVENTION ET DÉPISTAGE DES CANCERS 1
B ÉLÉMENTS DE PROGRAMMATION EN ACTIVITÉ PHYSIQUE 2
C LE PASSEPORT SANTÉ : POUR UNE APPROCHE DE PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE 3
D LE CONCEPT « ÉCOLE EN SANTÉ » 5
E VERS DES ÉCOLES SANS FUMÉE 7
F LE PROGRAMME DE PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES 8

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CAB	:	Centres d'action bénévole
CAL	:	Comités d'action locaux
CHSLD	:	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUS	:	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CLSC	:	Centre local de services communautaires
CNCLSC	:	Centre national de coordination de la lutte contre le cancer
CQLCC	:	Conseil québécois de lutte contre le cancer
CRID	:	Centre de référence pour investigation désigné
DSPÉE	:	Direction de santé publique et de l'évaluation
GMF	:	Groupe de médecins de famille
HVMC	:	Habitudes de vie et maladies chroniques
MCV	:	Maladies cardiovasculaires
MEQ	:	Ministère de l'Éducation du Québec
MRC	:	Municipalité régionale de comté
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
OSBL	:	Organismes sans but lucratif
PAP	:	Papanicolaou
PAL-SP	:	Plan d'action local de santé publique
PAR-SP	:	Plan d'action régional de santé publique
PNSP	:	Programme national de santé publique
PQDCS	:	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQLCC	:	Programme québécois de lutte contre le cancer
RAMQ	:	Régie de l'assurance-maladie du Québec
ROMADE	:	Regroupement des organismes de maintien à domicile de l'Estrie
RRSSSE	:	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie
SIISPE	:	Système intégré d'information de santé publique en Estrie

MISE EN CONTEXTE

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER

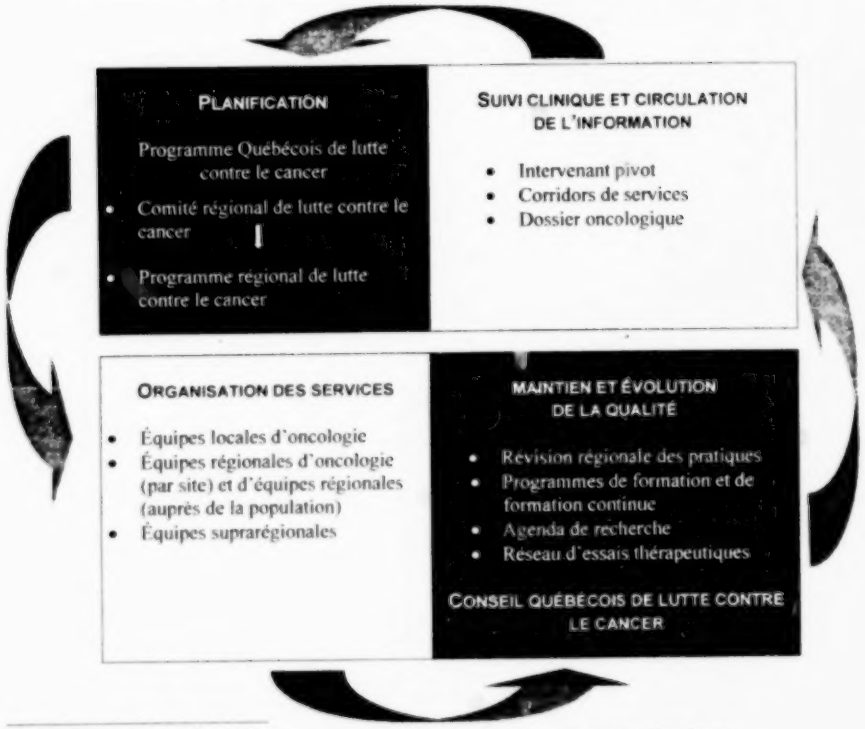
Afin de prévenir et de dépister le cancer, de répondre efficacement aux besoins des personnes atteintes et de leurs proches, la position gouvernementale québécoise face au fléau du cancer en est une d'organisation de service. Elle se fonde sur des interventions et services organisés dans une perspective d'approche globale, centrés sur la personne et développés à partir de critères de qualité. Elle prend également assise **sur un programme national et dix-huit programmes régionaux** qui en seront les adaptations régionales garantissant l'ajustement des services aux besoins de la population des différentes régions.

Assise du programme québécois de lutte contre le cancer

Afin d'optimiser les soins et services, de favoriser la coopération des divers acteurs impliqués et d'en assurer la complémentarité et la continuité, l'intégration des soins et services a été retenue comme stratégie d'action. Cette intégration se traduit sur une base opérationnelle par l'implantation d'un réseau de services intégrés qui se fera autour de cinq grands axes : la planification, l'organisation des services, le suivi clinique, la circulation d'informations et enfin, le maintien et l'évolution de la qualité. Le réseau intégré estrien verra aussi à couvrir des volets locaux, régionaux et suprarégionaux de services.

Le schéma qui suit résume bien cette stratégie d'intervention :

Le réseau intégré de lutte contre le cancer et ses axes d'intégration

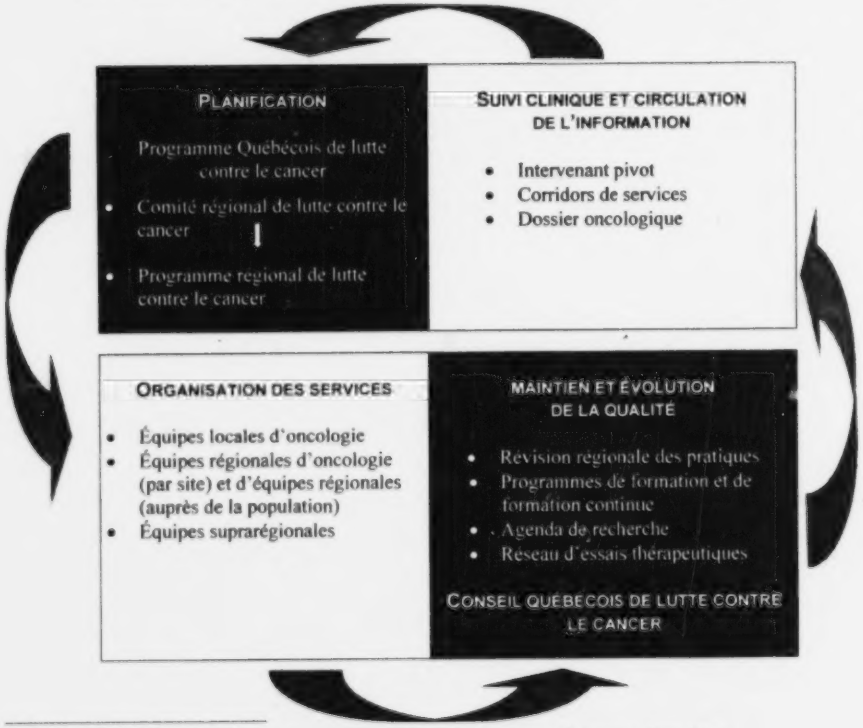


Ce même réseau s'appuie sur :

- des équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales pour rapprocher les services et favoriser l'échange de l'expertise;
- une équipe régionale interdisciplinaire d'intervention auprès de la population pour intégrer les activités de promotion de la santé et de prévention du cancer;
- des instances régionales et provinciales dédiées à l'implantation du programme;
- un conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLCC) assurant le transfert des connaissances nécessaires au maintien et à l'évolution de la qualité des interventions et de l'organisation des services.

[2] GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité consultatif sur le cancer, 1997, p. 46.

Le réseau intégré de lutte contre le cancer et ses axes d'intégration



Ce même réseau s'appuie sur :

- des équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales pour rapprocher les services et favoriser l'échange de l'expertise;
- une équipe régionale interdisciplinaire d'intervention auprès de la population pour intégrer les activités de promotion de la santé et de prévention du cancer;
- des instances régionales et provinciales dédiées à l'implantation du programme;
- un conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLCC) assurant le transfert des connaissances nécessaires au maintien et à l'évolution de la qualité des interventions et de l'organisation des services.

[2] GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité consultatif sur le cancer, 1997, p. 46.

Le réseau et ses axes : sa traduction en Estrie

Tout comme au plan provincial, le réseau estrien de soins et services intégrés doit être le reflet de cette stratégie d'intégration tout en tenant compte dans la gestion et la prestation de services en cancer des principes et valeurs suivantes :

1. Le respect des besoins et des droits de la personne en besoin et de ses proches.

2. L'intégration des services de lutte contre le cancer aux réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : outre la spécialisation de certaines équipes, le programme estrien doit principalement s'appuyer sur les ressources humaines, matérielles et technologiques du réseau local et être réalisé dans une perspective de hiérarchisation des services, de collaboration et de respect des compétences des principaux acteurs (professionnels et autres) et organisations concernés par la problématique.

3. La régionalisation : elle vise l'adaptation du programme à nos réalités territoriales et régionales, afin de tenir compte des besoins spécifiques, des ressources et des problématiques qui nous caractérisent.

4. La gestion par résultats.

5. L'assurance de la qualité : tout comme au plan provincial, le programme régional doit miser sur la recherche de l'excellence et de la qualité tant aux plans de la gestion que des pratiques cliniques et, en ce sens, nous devons nous doter des outils et leviers nécessaires pour y parvenir.

Finalité du programme québécois de lutte contre le cancer

Essentiellement, l'implantation d'un tel programme vise :

Pour la population et la clientèle en besoin

- La réduction de l'incidence du cancer ainsi que la mortalité et la morbidité qui s'y rattachent;
- L'amélioration de la qualité de vie de ceux et celles qui vivent avec le cancer ou s'en remettent, ainsi que leurs proches;
- Le développement de l'autonomie des personnes en besoin.

Pour l'organisation des services en région

- Un accès équitable à des interventions de lutte contre le cancer fondées sur des preuves scientifiques;
- Un accès facilité pour les citoyens et citoyennes aux services de prévention, de dépistage, d'investigation, de traitement, d'adaptation, de soutien et de soins palliatifs;
- Une réduction des délais évitables pour la prise en charge des nouveaux cas de cancer;

- Une utilisation plus efficiente des ressources en place;
- Des investissements ciblés là où les gains pour la lutte contre le cancer seront les plus grands;
- Une satisfaction accrue des personnes atteintes, de leurs proches et des équipes soignantes.

DÉMARCHE ESTRIENNE

Lors de sa planification stratégique 2001-2004, la Régie régionale retenait la lutte contre le cancer comme priorité dans sa programmation de services en santé physique. La démarche et les activités retenues pour la réalisation des recommandations du *Programme québécois de lutte de contre le cancer* se divisent en trois phases, soit : la préparation et le dépôt, au centre national de coordination de la lutte contre le cancer, de l'état de situation de la lutte contre le cancer en Estrie, la mise en place d'une mécanique de concertation et l'élaboration d'un plan triennal d'implantation.

État de situation

En mai 2003, l'état de situation de la lutte contre le cancer fit l'objet d'une diffusion régionale à l'ensemble des établissements et organismes directement ou indirectement impliqués dans la lutte contre le cancer en Estrie. Il dressait le portrait de l'état de santé et des besoins de la population de la région, des services ou activités dispensés ainsi que des mécanismes de coordination et d'intégration déjà en place. Sa diffusion visait l'appropriation et la validation de l'ensemble des éléments de l'offre de service et de l'analyse critique qui en découlait ainsi que du niveau d'adhésion des partenaires impliqués à la perspective et aux pistes de travail suggérées.

Mécanique de concertation et plan d'action triennal 2004-2007

Afin de procéder à l'élaboration du plan d'action, il fut convenu de mettre en place une instance de concertation opérationnelle ad hoc de type comité de pilotage. Ce comité régional composé de personnes possédant une expertise clinique, de gestion et communautaire diversifiée débuta ses activités en octobre 2003. L'essence de leur mandat étant d'établir le plan régional d'interventions et de services intégrés, d'assurer la gestion de la démarche, d'identifier les priorités et d'aviser la Régie sur le type d'instance à mettre de l'avant pour assurer l'implantation dudit plan d'action.

Une fois adopté par le comité de pilotage, le plan d'action sera remis, au plus tard le 31 mars 2004, au Centre national de coordination de la lutte contre le cancer, avec mention non encore adopté par le conseil d'administration de l'agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Dès avril, le plan d'action fera l'objet d'une consultation au plan régional dont la mécanique reste à définir. Le tout pour adoption par notre conseil d'administration de l'Agence, en juin 2004.

PROGRAMME RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

PROFIL DE LA RÉGION ET SON ORGANISATION DE SERVICE

D'une superficie de 10 187, 55 km², avec une population, en 2003, estimée à 294 050 habitants[1], l'Estrie compte 88 municipalités réparties sur sept territoires.

Le découpage administratif de l'Estrie ainsi que le déploiement actuel des pôles de services facilitent l'accessibilité géographique pour la population et favorisent l'attraction des clientèles hors régions (voir tableau a). De plus, la région bénéficie d'un rayonnement supra-régional (voir tableau b) par la présence d'un centre hospitalier universitaire, d'un CLSC universitaire, d'un institut universitaire de gériatrie, d'une faculté de médecine ainsi que d'un centre de recherche clinique et d'un institut de pharmacologie. À cela s'ajoute au plan de l'organisation de services une orientation régionale axée sur une approche intégrée de services qui se traduira, d'ici 2005, par l'implantation de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dans le nombre reste à déterminer. Au chapitre des services, l'Estrie dispose de 728 lits en courte durée, des services des CLSC dans tous les territoires et de 1 785 places en hébergement de longue durée. Pour terminer, des ressources de la communauté aussi impliquées dans la prestation de service, soulons la présence des groupes de médecine de famille (GMF), des cabinets privés ainsi que des organismes sans but lucratif tels la Fondation québécoise du cancer, la Société canadienne du cancer, Les soins palliatifs la Rose des vents, la Maison Aube-Lumière ainsi que les centres d'action bénévole et les organismes de soutien à domicile.

[1] [illegible] *Projections de populations*, version juin 2003. MSSS, Direction de la gestion de l'information.

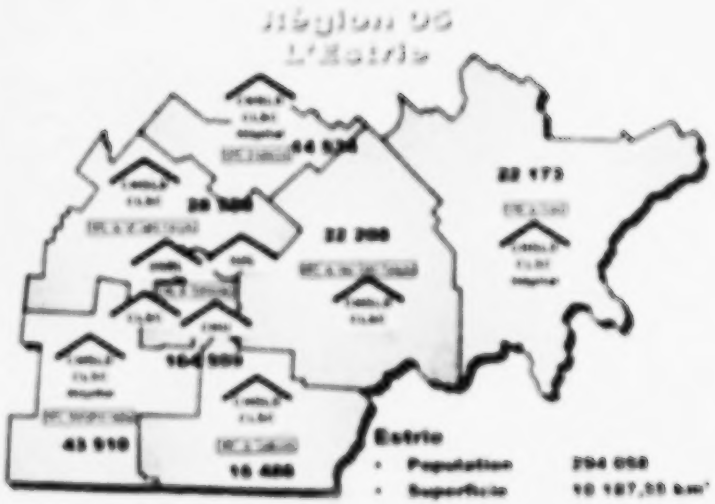

Région de
L'Estrie
22 173
22 200
43 910
16 486
Estrie
• Population 294 058
• Superficie 10 187,55 km²

Tableau a) - Distribution des services en Estrie

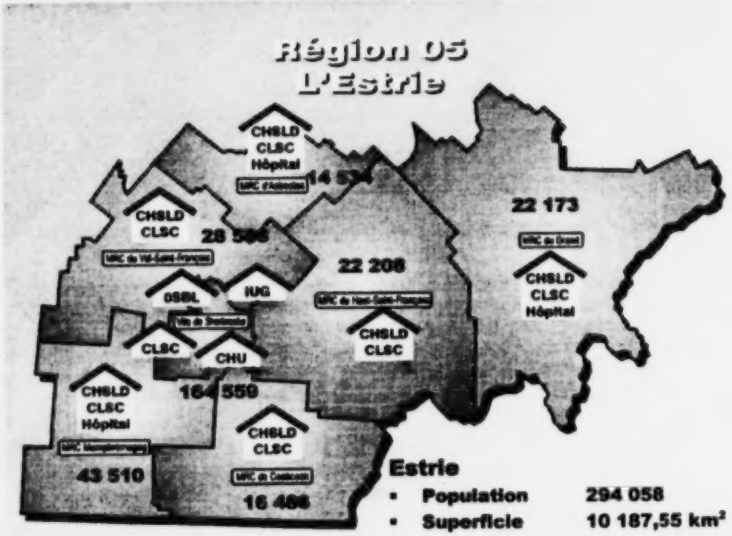
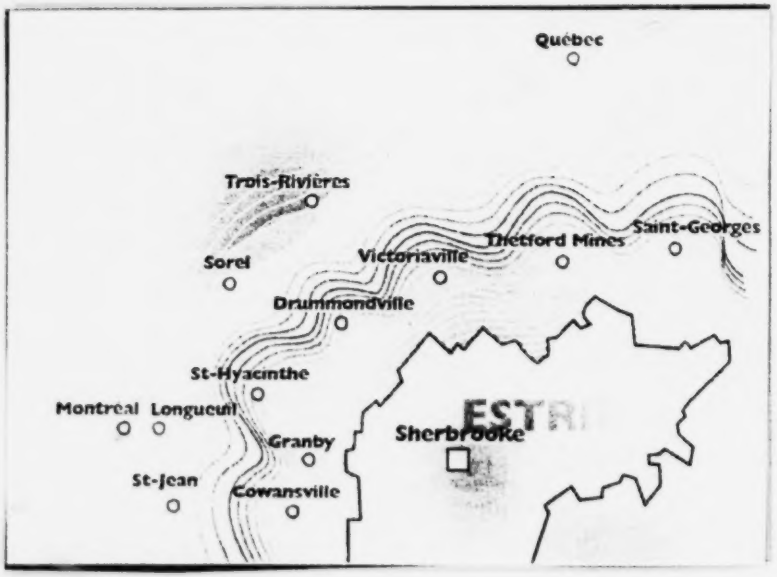


Tableau b) - Rayonnement suprarégional



FAITS SAILLANTS DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER EN ESTRIE

L'état de situation[4], tout en dressant le profil sociosanitaire de la population estrienne, établit le portrait de l'ensemble des services et activités disponibles dans notre région en matière de lutte contre le cancer. Il touche tous les volets d'organisation de service, de la prévention jusqu'aux soins de fin de vie. Il est présenté de manière à faire le parallèle entre ce que le programme québécois émet comme recommandations et ce que nous offrons.

Ce qui ressort de l'analyse des volets du continuum met en évidence l'importance du cancer comme problème de santé tant au plan sociosanitaire qu'aux plans clinique et organisationnel.

➢ **PROBLÈME DE SANTÉ IMPORTANT PAR LA CROISSANCE IMPOSANTE DU NOMBRE DE CAS DE CANCER**

Le profil sociosanitaire fait la démonstration de la place qu'occupe ce problème de santé dans notre région avec plus de 24 nouveaux cas et plus de douze décès chaque semaine. Tout en montrant un portrait semblable à celui de l'ensemble du Québec, nous remarquons en Estrie :

- une augmentation en nombre de l'incidence des cancers de 28 % de 1986 à 2000, pour un nombre annuel moyen de 1 285 nouveaux cas entre 1998-2000. Si l'on ajoute à cela les projections démographiques voulant qu'entre 2003 et 2006, notre population croisse de 1,3 % et que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus augmente de 5,8 %, ***l'Estrie devrait subir une augmentation significative du nombre de cas de cancer dans les prochaines années.***

- une incidence relative du cancer assez stable autour d'un taux ajusté pour l'âge de 403 cas/100 000 de population (un des plus bas au Québec), avec une dominance des cancers suivants : prostate, sein chez la femme, poumons et côlon-rectum.

- une des principales cause de mortalité (28 %) après les maladies cardiovasculaires (34 %) avec un nombre annuel moyen de 650 décès en 1998-1999.

➢ **PROBLÈME DE SANTÉ ACCENTUÉ PAR LE SOMBRE PORTRAIT DES FACTEURS DE RISQUES EN RÉGION**

Notre population présente un ***tableau préoccupant de ses comportements de santé et facteurs de risque***, d'où l'importance d'agir en amont. Malgré une légère diminution du tabagisme et de la consommation d'alcool, nous observons :

- une augmentation de la sédentarité;
- une augmentation significative de l'obésité;
- la présence de moyennes ou mauvaises habitudes alimentaires dans 16,5% des cas.

---

[4] RRSSSE (2003) : ***Programme québécois de lutte contre le cancer « En Estrie » : état de situation. Pour lutter efficacement contre le cancer : formons équipe.*** 95 pages.

➢ **PROBLÈME DE SANTÉ COMPLEXE TANT PAR LA NATURE DE LA PROBLÉMATIQUE QUE PAR LES MULTIPLES ASPECTS DES INTERVENTIONS NÉCESSAIRES POUR Y RÉPONDRE**

Aucun acteur régional n'a toutes les ressources, les compétences et la légitimité pour apporter, seul, une réponse scientifique, technique, sociale et psychologique à la lutte contre le cancer. Une forte coopération des organisations de santé et d'enseignement, des professionnels et du milieu communautaire est nécessaire.

➢ **PROBLÈME DE SANTÉ OÙ L'ON OBSERVE DES LACUNES IMPORTANTES AUX PLANS DE L'ORGANISATION, DE L'ACCESSIBILITÉ ET DE LA CONTINUITÉ DES SERVICES**

L'étude du système régional de lutte contre le cancer fait ressortir des faiblesses qui ne permettent pas d'offrir efficacement une gamme complète de services accessibles, complémentaires, continus dans le temps et dans l'espace, entre les organisations et entre les professionnels, que ce soit aux niveaux local, régional et suprarégional. Soulignons, entre autres :

- l'absence, dans l'ensemble des établissements de l'Estrie, d'un programme clairement dédié à la lutte contre le cancer. Spécifions toutefois que le CHUS s'est doté d'un programme clientèle en oncologie;
- l'absence relative de **formalisation des relations interorganisationnelles** (établissements et communauté) par des ententes et des alliances claires en regard de la lutte contre le cancer;
- les déficiences à **l'intérieur des organisations**, des **mécanismes spécifiques de concertation** et de collaboration incitant la participation des médecins à une programmation spécifique en oncologie ou dans la lutte contre le cancer;
- les difficultés d'accès à un médecin de famille, à certains plateaux techniques et la consultation spécialisée;
- l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières;
- l'absence, **à l'intérieur du réseau estrien,** d'un système efficace de **communication** et d'un système de **financement spécifique**.

PRINCIPAUX OBJECTIFS POURSUIVIS PAR L'IMPLANTATION DU PROGRAMME RÉGIONAL

L'état de situation soulève l'importance, pour l'ensemble des partenaires impliqués dans la lutte contre le cancer en Estrie, d'adopter un projet collectif s'inscrivant dans une vision régionale mais aussi provinciale de réseau. En ce sens, la démarche régionale et le passage à l'action s'inscrivent :

- ***Dans une planification stratégique où*** les efforts de modernisation de la lutte contre le cancer découlent d'une vision commune, de principes organisationnels et de priorités de développement et d'actions.
- ***Dans une perspective de mise en réseau*** sous forme d'un continuum de services allant de la prévention aux soins de fin de vie et du pallier territorial au pallier suprarégional.
- Dans une dynamique de ***partenariat, de collaboration et d'engagement*** des acteurs-clés et des détenteurs d'enjeux.
- Dans un souci ***d'évaluation*** ainsi que de maintien et ***d'évolution de la qualité***.

Dans cette foulée, ce plan d'action prévoit, d'ici 2007, l'implantation d'un programme de lutte contre le cancer qui touche l'ensemble des dimensions du continuum de services. Ces dimensions qui s'adressent autant à la clientèle adulte que pédiatrique, sont : la promotion de la santé et la prévention du cancer; le dépistage et la détection précoce; l'investigation; le traitement curatif et palliatif, notamment la chirurgie; la chimiothérapie et la radiothérapie; le soutien; les soins palliatifs de fin de vie.

Plus précisément, ce plan d'action vise :

- ***Au niveau des valeurs***
  - ✓ L'établissement d'un système collectif de valeurs dans la lutte contre le cancer, ce qui sous-tend le développement d'une vision, d'une culture, de stratèges et d'un leadership comme piliers du réseau estrien de lutte contre le cancer.
  - ✓ L'adhésion à ces valeurs s'avère essentielle pour que la gouverne, les services et les projets cliniques à venir y trouvent leur légitimité et, conséquemment, soient reconnus par les différents acteurs et détenteurs d'enjeux.
- ***Au niveau organisationnel***
  - ✓ Le développement d'un système de gouverne commune et de gestion pour prendre les décisions et se responsabiliser en regard du réseau à déployer. Cette gouverne vise à relier et à articuler de façon cohérente les systèmes de financement, de gestion et d'information des partenaires impliqués dans la lutte contre le cancer.
- ***Au niveau de l'organisation et de la distribution des soins***
  L'établissement d'un système organisationnel et clinique se traduisant par :
  - ✓ La mise en place d'une gamme complète de services avec toutes ses composantes et accessibles dans la communauté (continuum de services).
  - ✓ Le développement de l'accessibilité à des services de consultation ou d'interventions spécialisés et aux plateaux techniques nécessaires à l'intérieur de délais médicalement jugés raisonnables.

- ✓ L'établissement, en fonction de la clientèle visée, de mécanismes d'accès bien définis assortis de système de communication pour relier efficacement les professionnels du réseau.
- ✓ La mise en place de protocoles de soins et de guides de pratiques.
- ✓ La mise en place de gestionnaires de cas ou d'intervenants pivots ainsi que d'équipes interdisciplinaires pour assurer la continuité et la qualité des services.
- ✓ L'établissement de mécanismes et d'incitations structurels et financiers favorisant l'intégration, la coordination et la mise en réseau (incluant les médecins omnipraticiens et spécialistes).

- ***Au niveau des fonctions visant l'amélioration de la qualité des services***
  - ✓ La mise en place de moyens visant le développement de l'expertise, la qualité des interventions et des outils de communication ainsi que la recherche et le développement.

ÉLÉMENTS STRUCTURANTS DU PROGRAMME RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Les éléments structurants ci-après proposés s'inscrivent dans la foulée de ceux du programme provincial. Ils visent à permettre à la personne en besoin et sa famille d'obtenir un accès équitable et raisonnable à des services d'oncologie de qualité et, si possible, le plus près de son milieu de vie. Ils cherchent aussi à offrir aux gestionnaires, décideurs et professionnels, des moyens et outils leur permettant de travailler en complémentarité et continuité et ce, dans le respect de leur champ d'exercice ou d'expertise ou de leur mission organisationnelle.

Nous commençons par définir et décrire notre offre de service pour ensuite la traduire dans un schéma régional d'organisation de service. Nous poursuivons par la présentation du modèle de gouverne qui chapeautera notre offre de service pour terminer avec les éléments visant le maintien et l'évolution de la qualité. Ces éléments font référence au développement des ressources humaines, aux activités de surveillance, à la recherche, à l'évaluation ainsi qu'au développement de l'assurance qualité.

SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION DE SERVICE

Toute l'architecture de notre offre de service se fonde sur des mécanismes d'intégration. Ces derniers se traduisent pour la personne en besoin et sa famille par un parcours thérapeutique optimal qui, lui, prend son assise sur les recommandations du PQLCC, soit : les équipes d'oncologie fonctionnant en interdisciplinarité, l'ancrage de chaque personne en besoin auprès d'une infirmière pivot, les outils de communication et de gestion (dossier, protocoles de référence, ententes). L'adaptation des recommandations du PQLCC à notre réalité estrienne se traduit par des équipes interdisciplinaires territoriales et spécialisées (en oncologie incluant les soins palliatifs).

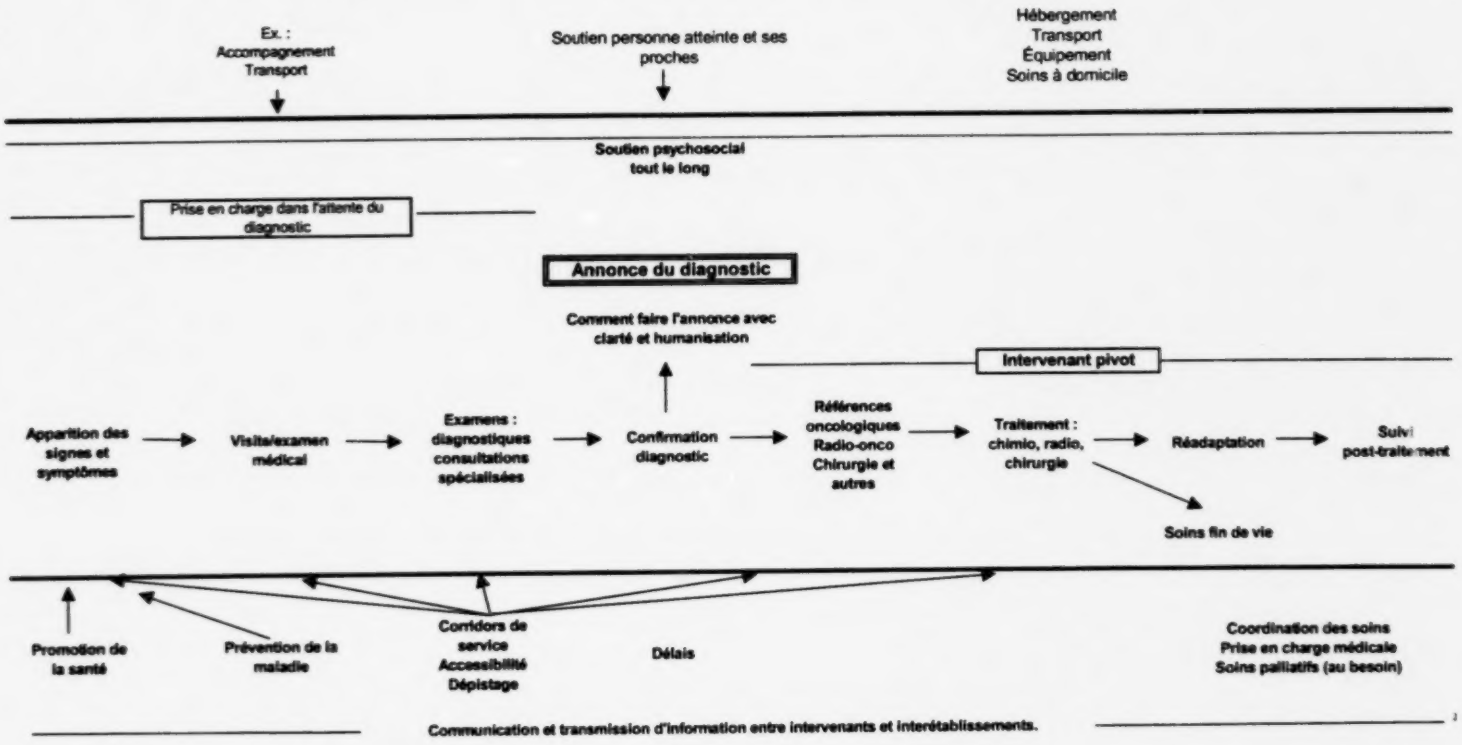
Clientèle visée

Nous entendons par personnes en besoin et sa famille, la clientèle adulte et pédiatrique aux prises avec un cancer.

Parcours thérapeutique

Au plan régional, il fut convenu au plan régional d'asseoir l'offre de service sur le parcours thérapeutique qui suit, notre objectif étant celui *d'offrir à la personne atteinte et ses proches, des soins et services continus, accessibles, coordonnés, de proximité et de qualité* ***durant TOUT son cheminement à travers l'ensemble des organisations impliquées.***

PARCOURS THÉRAPEUTIQUE DU DÉPISTAGE AU SUIVI POST-TRAITEMENT



Note : Adapté d'un document de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

Les équipes territoriales et spécialisées

La mise en place d'équipes territoriales et spécialisées constitue l'approche préconisée pour assurer l'intégration des soins et services tout en assurant la fluidité du parcours thérapeutique. Pour le comité de pilotage, la mise en place de telles équipes se fondent les principes directeurs et paramètres de développement suivants :

➢ **PRINCIPES DIRECTEURS**

L'ensemble des activités et services offerts au palier territorial et spécialisé ainsi que les pratiques cliniques qui les sous-tendent doivent s'organiser et se déployer :

- Dans une vision axée sur l'individu et ses proches;
- En favorisant, dans la mesure du possible, des services de proximité ;
- Dans une visée de respect des missions et de la philosophie d'intervention des établissements et organisations impliquées;
- Dans une recherche de l'excellence.

➢ **PARAMÈTRES DE DÉVELOPPEMENT**

La réalisation des orientations du programme québécois de lutte contre le cancer et la perspective d'intégration des actions à l'intérieur duquel il s'inscrit tant au plan territorial que régional supposent un engagement et une responsabilisation de l'ensemble des acteurs. Pour cela, des conditions de réalisation au plan organisationnel, fonctionnel et clinique s'avèrent essentielles. Les voici :

1. ***Une compréhension commune de ce que nous entendons par équipes et par territoire***

Équipes territoriales : *Issues des établissements et autres organisations de première ligne (CLSC, CHSLD , cabinets de médecins, groupes de médecine de famille, organismes communautaires et pour certains territoires de l'hôpital local) offrant des services qui s'adressent à l'ensemble de la population et accessibles à proximité du milieu de vie, ces équipes interdisciplinaires, formées de professionnels de la santé et autres partenaires représentatifs des différentes professions et milieux sont responsables et imputables de l'application de la vision et des recommandations du programme de lutte contre le cancer sur leur territoire ainsi que de la gamme de services (généraux, et occasionnellement spécialisés) à être offerts à la clientèle en besoin et leurs proches.*

Équipes spécialisées : *Ces équipes interdisciplinaires formées de professionnels de la santé, spécialisés en oncologie, sont responsable de la prestation des soins et services plus spécifiquement de deuxième et troisième lignes et, occasionnellement, de soins généraux auprès de la clientèle en besoin et de leurs proches . Ces équipes sont aussi responsables de l'offre de service spécialisés ainsi que de l'expertise conseil auprès des équipes territoriales et ce, pour tous les volets du continuum de services*[5].

Territoire desservi : Ce seront *les territoires géographiques et administratifs des futurs réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la région estrienne.*

[5] Ces équipes spécialisées s'inscriront à l'intérieur de la mission, du mandat et de la composition proposés par le MSSS pour la désignation et la reconnaissance d'équipes aux paliers local et régional. au sens du PQLCC

2. ***Une offre de service centrée sur les besoins de la personne atteinte et de ses proches*** *(respect des besoins et des droits des personnes et de leurs proches)*

La diffusion d'information adéquate et adaptée est essentielle. Des services en intervention psychosociale doivent être offerts à ceux qui en éprouvent le besoin. Une participation active et la prise de décisions *éclairées* des personnes à toutes les étapes des interventions doivent être assurées.

Outre l'atteinte d'objectifs de fonctionnement et de collaboration, les équipes territoriales et les équipes spécialisées de lutte contre le cancer se donnent comme mandat d'assurer la continuité et la globalité des soins et des services cliniques, autrement dit, de faire en sorte ***que les services fournis par les différents professionnels, dans les différents lieux ou organisations s'articulent dans le temps et dans la foulée des connaissances disponibles aux besoins spécifiques de chaque personne souffrante. Il est clair que la coordination devra se développer et s'articuler selon la nature des problèmes et leur évolution.***

Il s'agit d'implanter une organisation de soins et de services à la fois cohérente, accessible et conviviale pour le client qui n'aura plus à maîtriser lui-même les dédales du réseau pour obtenir des services.

3. ***Une distribution de soins et services orchestrée autour de mécanismes de coopération à l'intérieur et entre les organisations***

Ces mécanismes de coopération incluent le travail en interdisciplinarité, la fonction pivot, l'implication du milieu communautaire, la participation active des médecins au réseau de services ainsi qu'une instance régionale de concertation de lutte contre le cancer.

- Le travail en interdisciplinarité. Sous l'égide des équipes territoriales et spécialisées, ces professionnels (médecins, infirmières, pharmaciens, intervenants social, intervenants en réadaptation et autres) *voient principalement à l'évaluation des besoins, à la prestation des services, au suivi de la personne souffrante et à son soutien ainsi qu'à celui de ses proches.*

- *Une équipe territoriale qui assure une prise en charge globale.* La pratique des intervenants et intervenantes de première ligne se caractérise par une prise en charge globale de la personne en besoin et ses proches (philosophie et principes de l'approche globale) et non compartimentée, d'où l'importante de la polyvalence de la pratique. En plus de voir à organiser et déployer l'offre de service convenue avec l'équipe spécialisée, l'équipe territoriale devra prendre en considération l'organisation de son territoire afin d'assurer à sa clientèle des services personnalisés de proximité. Elle devra aussi s'assurer que l'ensemble des intervenants et collaborateurs de leur territoire puissent bénéficier de tous les outils possibles afin de maximiser leur compétence et conséquemment mieux intervenir.

- *Une équipe qui assure une intervention spécialisée et de soutien au réseau.* En plus d'offrir des services spécialisés et surspécialisés pour les clientèles des réseaux locaux de services les équipes rattachées à l'établissement spécialisé devraient agir également comme consultantes auprès des intervenants territoriaux, une fois l'intervention spécialisée terminée ou encore pour contribuer à l'évaluation et l'orientation de la clientèle, ceci afin de s'assurer d'une utilisation judicieuse des services et d'assurer une transition efficace entre les services spécialisés et les services de première ligne, bref afin de favoriser la présence réelle d'un continuum de services.

- *La fonction pivot.* Celle-ci exige qu'un responsable s'assure de la continuité des soins et services. Il s'agit d'un processus clinique dont l'application doit être adaptée en fonction de la situation de la personne, mais également selon l'évolution des circonstances, selon l'engagement des proches et du médecin traitant et selon les rôles des différents membres

de l'équipe. Ce processus est sous la responsabilité d'un médecin ou d'une infirmière, qu'elle soit intervenant pivot ou gestionnaire de cas, qui se porte garant de la continuité et de la coordination des soins et des services.

- *L'implication du milieu communautaire.* L'expertise des milieux et organisations communautaires accréditées par la gouverne régionale, directement et indirectement impliqués auprès de la clientèle oncologique doit être reconnue et prise en compte, plus particulièrement au chapitre du soutien psychosocial, du transport et de l'hébergement, dans l'offre de service tant au plan territorial que régional.

- *Une participation active des médecins au réseau de service.* La participation des médecins dans les réseaux intégrés est cruciale et constitue souvent la pierre d'achoppement, d'où l'importance de traiter spécifiquement cette intégration.

- *Une instance régionale de concertation.* Celle-ci, sous l'égide de la nouvelle gouverne régionale, verra à assurer la réalisation et la pérennité des fondements, assises et activités du Programme régional de lutte contre le cancer, pour l'ensemble des volets du continuum et à assurer la coordination, le développement et le maintien de la qualité des interventions posées.

4. ***Un rôle central et bien défini des médecins traitants de la première ligne***

- Que ce soit comme médecin prescripteur qui initie l'investigation ou comme intervenant dans le plan thérapeutique ou encore comme soutien à la personne et à ses proches, le médecin traitant (qu'il soit spécialiste ou non) doit jouer un rôle actif et continue selon des intensités variables adaptées aux étapes des interventions.

- Une grande accessibilité aux plateaux techniques[6] et à une expertise spécialisée ainsi que le soutien obtenu de la part des équipes spécialisées ou surspécialisées sont considérés comme des éléments essentiels pour favoriser une participation efficace des médecins de la première ligne.

- La question des personnes qui n'ont pas de médecin traitant (les patients "orphelins") doit être résolue. L'apport des Groupes de médecins de familles, l'organisation des futurs réseaux locaux de services pourront contribuer à trouver des solutions. Il est question ici de responsabiliser le Département régional de médecine générale envers une prise en charge médicale de la clientèle vulnérable concernée par les interventions du programme régional de la lutte contre le cancer. L'environnement organisationnel et clinique, l'apport des autres professionnels, les conditions de rémunération adéquate, sont autant de facteurs à considérer dans la mise en place d'équipes territoriales et spécialisées.

- La prévision de mécanismes de participation et d'intégration, assortis d'incitations financières lorsque requis, afin d'inciter les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes à s'impliquer et participer soit dans la gestion, la coordination ou simplement l'utilisation des ressources du programme régional de lutte contre le cancer.

[6] Selon des normes et critères professionnels reconnus.

5. ***Des mécanismes d'accès et de référence bien définis à l'ensemble des composantes du réseau***

La mise en place d'équipes territoriales et spécialisées doit procéder à l'établissement de corridors de services bidirectionnels afin de faciliter l'accès à l'ensemble des composantes du réseau en assurant, entre autres, des mécanismes d'accès bien définis que ce soit pour la détection précoce, l'investigation, le traitement, le suivi, le soutien, etc.

6. ***Un système clinique et d'information intégré***

Un système clinique et d'information doit contribuer à une distribution efficace des soins, à la gestion du réseau, à son évaluation et à l'évaluation des impacts sur la santé des individus et de la population. Ce système modèle la prise en charge de la clientèle ainsi que les règles pratiques basées sur des évidences scientifiques. Il regroupe aussi les données sur la clientèle, le processus de soins, les services prescrits et reçus, ainsi que leurs coûts, les intervenants concernés, etc.

➢ L'ARCHITECTURE DE L'OFFRE DE SERVICE PROPOSÉE

Comme nous le mentionnions précédemment, la mise en place des équipes territoriales et des équipes spécialisées doit tenir compte des missions et caractéristiques de nos établissements ainsi que de notre configuration territoriale à venir suite à l'application de la loi 25 sur les *Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Deux principes de cette loi orientent l'action en vue de mieux intégrer les services soient la responsabilité populationnelle (avec priorité pour certaines clientèles) et la hiérarchisation des services (dans une perspective de complémentarité, continuité et accessibilité via des corridors bidirectionnels).

En conséquence, et à partir de la prémisse que l'Estrie proposera au ministre la mise en place de ***x réseaux locaux de services de santé et de services sociaux***, nous proposons l'implantation de x équipes territoriales (une équipe par réseau local) et d'une ou plusieurs équipes spécialisées (dépendant de ce qui sera retenu par le CHUS qui agira tant au plan local que régional et suprarégional).

ARCHITECTURE DES ÉQUIPES

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

- Équipes avec vocation territoriale, régionale et suprarégionale unisiège ou multisiège tumoral (à déterminer ...) qui partage la mission et la composition des équipes proposées par le MSSS et répond aux attentes minimales pour leur désignation en matière d'accessibilité, de coordination et de continuité ainsi qu'en matière de qualité.
- Intervenants ou intervenantes pivot spécialisés afin de répondre aux besoins des équipes territoriales des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Réseau local du ...

- Équipe territoriale avec équipe polyvalente.
- Négocie une offre de service territoriale pour les volets liés à l'investigation, traitement, réadaptation, soins palliatifs et autres.
- Voit à l'organisation de l'offre de service avec ses collaborateurs territoriaux (GMF, pharmacies, communauté et autres.
- Voit à l'identification des besoins et à l'organisation des services en matière de transport, de soutien et d'hébergement avec les organismes communautaires et autres du milieu.

Asbestos
Coaticook
Granit
Haut-Saint-François
Magog
Sherbrooke
Val Saint-François

Agence régionale

Comité régional de lutte contre le cancer

Avec mandat (entre autres) :

- **Développer et maintenir la vision, les valeurs et principes du programme régional;**
- **De voir à la coordination des activités des réseaux;**
- **D'implanter le programme régional et le programme d'assurance qualité;**
- **D'organiser et dispenser la formation en cours d'emploi.**

GOUVERNE

L'organisation des services de lutte contre le cancer pose des défis importants. En raison de la multitude d'expertises et de ressources requises associées à la volonté manifeste des personnes en besoin d'être traitées près de chez elles, l'un de ces défis, et non le moindre, est d'assurer l'accessibilité, la complémentarité, la continuité et la qualité des services à l'intérieur et entre les organisations et entre les personnes professionnelles qui gravitent autour de cette clientèle.

Cette complexité pose le défi de la gestion et de la coordination des services, sans pour autant perdre de vue les éléments assurant le maintien et l'évolution de qualité de l'intervention clinique ou de l'acte posé.

Si nous voulons atteindre nos objectifs et relever ce défi, l'architecture de services proposés basée sur la hiérarchisation et l'intégration des services, rendant responsables des instances spécifiques nécessite la mise en place d'une infrastructure de coopération, de coordination et de partenariat ouverture, engagée et légitimée.

Dans ce contexte, le comité de pilotage recommande la mise en place **d'un comité régional de lutte contre le cancer** avec un mandat lié à l'implantation ainsi qu'au développement et au maintien de la vision clinique et organisationnelle promue par le *Programme régional en québécois de lutte contre le cancer*.

Voici les rôles, mandats et représentativité proposés par la mise en place d'une telle instance.

COMITÉ RÉGIONAL : MANDAT ET COMPOSITION	COMITÉ EXÉCUTIF : MANDAT ET COMPOSITION
Dans une perspective : • *de disponibilité, d'accessibilité, de mise en réseau et de complémentarité des services,* • *de respect des missions des établissements et organismes,* • *d'arrimage avec les orientations du Programme québécois de lutte contre le cancer,* • *d'adaptation du Programme régional aux réalités des futurs réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et du RUIS.*	
➢ Voit au maintien de la raison d'être et des grandes orientations du programme régional de lutte contre le cancer. ➢ Développe une vision partagée entre les partenaires concernés. ➢ Assure l'actualisation du plan d'action triennal du continuum de services en regard des axes suivants : prévention et promotion, dépistage, investigation, traitement, soutien, soins palliatifs et de fin de vie, maintien et évolution de la qualité. ➢ Favorise l'enseignement et la recherche. ➢ Soutient l'implantation du programme et de son continuum de services. ➢ S'assure de la systématisation des cheminements cliniques et de la circulation de l'information. ➢ S'assure du maintien et de l'évolution de la qualité du continuum de services. ➢ S'assure de la mobilisation des acteurs et actrices directement ou indirectement concernés, qu'ils ou qu'elles soient du réseau ou hors réseau. ➢ Participe à la recherche de financement ainsi qu'au rayonnement du programme régional. ➢ Fournit tout autre conseil eu égard à la problématique du cancer. Essentiellement, le comité a un rôle de coordination et de concertation entre l'ensemble des acteurs et actrices ainsi que des organisations concernées. Les activités du comité doivent d'abord soutenir l'actualisation du programme régional et le travail de programmation clinique effectués par les instances mandatées à cet égard.	Le comité exécutif administre les affaires du comité régional. Il est responsable de : ➢ **Susciter** des démarches et des réflexions sur des aspects importants du programme et de son continuum de services. ➢ **Planifier les rencontres** du comité et identifier une ou un animateur ainsi qu'un ou une secrétaire pour ses réunions périodiques. ➢ **Voir à l'avancement de dossiers prioritaires** pour le comité. ➢ S'assurer du suivi des dossiers. ➢ Collaborer à la réalisation de certains dossiers. ➢ Effectuer les arbitrages nécessaires eu égard à l'énoncé des positions représentant l'avis des membres sur des questions particulières. ➢ Mandater certains groupes pour la réalisation de travaux spécifiques, citons les équipes de programmation clinique. Le président ou la présidente doit collaborer à la réalisation de certains dossiers. Le président ou la présidente est le représentant officiel du comité régional lors de rencontres ou échanges avec des partenaires et des instances décisionnelles.

COMITÉ RÉGIONAL : MANDAT ET COMPOSITION	COMITÉ EXÉCUTIF : MANDAT ET COMPOSITION
Le comité se doit d'énoncer ses positions en regard de la planification et la gestion du programme et de son continuum de services mais il est aussi une **instance représentative** auprès de différents décideurs ou instances décisionnelles et politiques de l'Agence, des réseaux locaux, de la communauté et du MSSS. Le comité se compose des représentants, représentantes des instances suivantes : ***Volet clinique*** En prévention, première ligne et deuxième et troisième lignes et en soins palliatifs : • Département régional de médecine générale; • Commission infirmière et interdisciplinaire des réseaux locaux et régional; • L'équipe clinico-administrative du programme clientèle en oncologie du CHUS. ***Volet administratif*** • Agence régionale de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. • Représentants des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (urbain et rural). ***Volet enseignement et recherche*** • La Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke • La direction de santé publique de l'Agence régionale de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. ***Volet communautaire*** • Organismes sans but lucratif; • Communauté (municipalités, Chambre de commerce, entreprises privées, commissions scolaires ou autres.	Le comité exécutif est constitué de quatre à **six** membres : • Une ou un président • Une ou un vice-président • Une ou un secrétaire • Un à trois conseillers, conseillères

MAINTIEN ET ÉVOLUTION DE LA QUALITÉ

Le maintien et l'amélioration de la qualité englobent toutes les activités qui visent à garantir et à améliorer la qualité des soins et services en matière de lutte contre le cancer.

Pour les membres du comité consultatif à l'origine du *Programme québécois de lutte contre le cancer*, le Québec ne part pas de zéro à ce chapitre, mais commande une meilleure orchestration de l'offre et de la demande afin d'accroître l'efficacité des ressources actuelles en donnant plus de force et de cohérence à leurs actions. Il est clair, pour le ministère que cette responsabilité doit être partagée entre le *Centre de coordination de la lutte contre le cancer*, le *Conseil québécois de lutte contre le cancer* et les *comités régionaux de lutte contre le cancer*.

Conséquemment, nous traiterons ici, du développement des ressources humaines, des activités de surveillance, de la recherche, du soutien à la qualité ainsi que de l'évaluation.

Clientèle impliquée : toutes les pistes d'actions relatives au maintien et à l'évolution de la qualité s'adressent à :

- l'ensemble des professionnels , des établissements, organisations et partenaires de la communauté qui travaillent ou travailleront à la lutte contre le cancer.
- la population, les personnes atteintes et leurs proches.

État de situation

L'Estrie possède l'ensemble des infrastructures et des compétences nécessaires au développement et au maintien de la qualité. Que l'on pense ici aux milieux d'enseignement et de recherche, à l'implication de la Santé publique en matière de surveillance et à l'expertise développée par les professionnels et les organisations en matière de lutte contre le cancer et en soins palliatifs.

Cependant, force est de constater que malgré ces ressources, nous faisons face à une absence de cohésion dans les actions développées sur le terrain. Cet absence de cohésion est, de l'avis de plusieurs, tributaire d'un problème de leadership régional et de concertation entre les principaux acteurs impliqués dans la lutte contre le cancer.

Cette absence de leadership et de concertation se traduit plus particulièrement

Au plan des ressources humaines par un problème :

- de relève;
- d'organisation du travail;
- de prestation de soins et services basés sur des évidences scientifiques ou encore de données probantes;
- de soutien à la mise en réseau;
- de développement et de mise à niveau des compétences.

Au plan de la surveillance par un problème :

- d'assurance de qualité de certaines banques de données telles le *fichier des tumeurs.*

Au plan de l'assurance qualité et de l'évaluation, par un problème :

- de planification et de systématisation concertée de l'ensemble des actions nécessaires afin de s'assurer qu'une structure, un système ou une de ses composantes ou un programme, performe de façon satisfaisante en terme de services ou d'effets sur la santé et le bien-être des populations ciblées.

AXES D'INTERVENTIONS	OBJECTIFS
RESSOURCES HUMAINES L'ensemble des acteurs qui seront interpellés par les différentes mesures indiquées dans la planification régionale du plan d'action de lutte contre le cancer supposent que des actions particulières soutiennent le développement des ressources humaines. Ces actions reposent sur les postulats suivants : • **Planification de la main d'œuvre :** La réalisation des mesures du plan d'action suppose la disponibilité de la main-d'œuvre en quantité et en qualifications pertinentes aux rôles et fonctions convenus. • **Organisation du travail :** La mise en place d'équipes territoriales et d'équipes spécialisées ainsi que la mise en réseau des soins et services nécessitent l'évaluation et la révision des méthodes d'organisation du travail et de prestation de services.	**D'ici 2007 :** • Avoir procédé à un inventaire des ressources humaines déjà en poste et avoir réalisé un exercice de prévision de la main-d'œuvre afin d'assurer l'adéquation entre les ressources dont nous disposons et celles requises si nous voulons répondre aux besoins actuels et futurs. • Avoir revu l'organisation du travail afin de rendre disponibles les ressources humaines nécessaires au bon fonctionnement des équipes territoriales et spécialisées incluant la pratique médicale.

AXES D'INTERVENTIONS	OBJECTIFS
• **Amélioration continue des pratiques et des services** La prestation de soins et services devra s'inspirer des évidences scientifiques disponibles ou encore des données probantes tout en favorisant le développement de stratégies assurant leur introduction, utilisation ou mise en œuvre.	• Avoir permis le développement ou la mise en place de mécanique permettant aux différents acteurs (cliniciens, administrateurs, personnes atteintes, proches et partenaires) d'échanger explicitement des bénéfices et avantages que comporte la prestation de soins ou de services basés sur ces évidences ou données probantes de même que sur les modalités propices à leur implantation. • Avoir procédé au développement et à l'implantation de pratiques reconnues et standardisées via des guides de pratiques, protocoles ou autres outils cliniques.
• **La mise en réseau du continuum de soins et services** L'établissement du parcours thérapeutique en continuum de services intégrés suppose l'exercice d'un leadership à être exercé par les gestionnaires des différents milieux impliqués. L'appropriation des enjeux et des collaborations soulevés par le travail en réseau suppose l'implication des personnels du continuum tant des établissements que de la communauté impliqués dans l'offre de service. La mise en réseau demande d'être soutenue par des systèmes d'information et appelle l'implication des partenaires pour leur mise en œuvre.	• Soutenir les gestionnaires par des activités de développements pertinentes aux enjeux rencontrés par l'implantation du *Programme régional de lutte contre le cancer*. • Dispenser des activités de formation qui répondront aux besoins des personnels du continuum de soins et services impliqués dans le travail en réseau, de même qu'à leurs partenaires incluant les dimensions tels l'interdisciplinarité, la coopération, les protocoles et mécanismes d'accès et de référence convenus entre les milieux et autres en lien avec le concept d'intégration. • Procéder au développement et à l'implantation des systèmes d'information supportant le travail en réseau en collaboration avec les partenaires impliqués. • Assurer leur déploiement via des activités de développement spécifiques à chacune des catégories de personnel et gestionnaires impliqués.

AXES D'INTERVENTIONS	OBJECTIFS
• **Développement et mise à niveau des compétences** Les connaissances spécifiques en matière de soins et traitements oncologiques de même que l'approches spécifique au soutien de la personne en besoin et ses proches doivent faire partie intégrante des contenus de la **formation de base** offerte par les universités et autres maisons d'enseignement. Cette formation de base doit être adressée aux médecins omnipraticiens et spécialistes, infirmières, pharmaciens, diététiste et tous autres professionnels engagés dans le continuum de soins et services.	• S'inscrire à l'intérieur de la démarche provinciale visant le développement des curriculum des maisons d'enseignement en soins oncologiques. • Favoriser et soutenir, au plan régional, la formation de base en oncologie.
Le maintien des connaissances ainsi que le développement des habilités sur d'autres dimensions nécessaires à l'évolution du *Programme* devront faire partie d'une démarche régionale consensuelle et coordonnée **de formation continue en cours d'emploi.**	• Développer un programme de formation en cours d'emploi en fonction des objectifs du *programme régional* et des besoins du milieu. • Développer des activités spécifiques de formation à l'intention des personnes atteintes et leurs proches et autres aidants naturels de même qu'aux bénévoles qui sont susceptibles d'intervenir auprès de cette clientèle. • Mettre de l'avant des activités de sensibilisation à la problématiques des personnes atteintes et leurs proches, à l'intention des fournisseurs privés (ex : Maxi-Club, entreprises de services en santé) contributifs à l'offre de soins et services.
ACTIVITÉS DE SURVEILLANCE Les actions relatives à l'amélioration des banques de données afin de les rendre plus performantes et prédictives de l'état de santé des Québécois et Québécoises étant de juridiction provinciale, il n'en demeure pas moins que l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, de par sa Direction de santé publique, a des obligations de surveillance. Les objets et mesures mises de l'avant pour le *Programme régional de lutte contre le cancer* au plan de la surveillance touchent : L'environnement physique, plus spécifiquement : • la qualité de l'air intérieur; • la qualité du milieu de travail, • la qualité de l'air extérieur .	Le monitorage des activités visant l'atteinte d'objectifs liés à : • La réduction de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement; • La réduction des risques chimiques (substances cancérogènes); • La réduction des problèmes de santé associés à la pollution atmosphérique.

AXES D'INTERVENTIONS	OBJECTIFS
Les habitudes de vie et comportements, plus spécifiquement : • l'activité physique; • l'alimentation; • l'usage du tabac; • la consommation de drogues et d'alcool.	• L'augmentation de 5 % de la proportion des personnes de 15 ans et plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique; • L'augmentation à 80 % de la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et légumes par jour; • La surveillance globale des habitudes de vie et des comportements de santé (Enquête sur la santé); • La réduction de l'usage de tabac chez les jeunes du secondaire; • La réduction de la proportion des personnes de 15 ans et plus qui font usage de tabac de 24 % à 18 %. • La réduction des problèmes liés à la consommation de drogues et d'alcool.
• Les services préventifs	• La réduction de la mortalité par cancer du sein de 25 % chez les femmes de 50 ans à 69 ans. • La surveillance globale des habitudes de vie et des comportements préventifs liés à la santé.
• Les services hospitaliers	• La surveillance globale de la santé générale et du bien-être de la population (mortalité, morbidité, mortalité prématurée, mortalité évitable).
• L'état de santé physique	• La diminution de l'incidence des cancers des voies respiratoires, des cancers de la vessie et des autres cancers par la réduction de l'exposition des travailleurs à des substances cancérigènes.
ASSURANCE DE LA QUALITÉ L'atteinte et le maintien d'une haute qualité et d'une grande performance sont des exigences de premier plan pour l'ensemble du programme mais aussi pour les services régionaux et locaux ainsi que pour les interventions réalisées dans le cadre du Programme québécois de lutte contre le cancer.	**D'ici 2007** • Avoir défini la contribution attendue en matière d'assurance qualité des divers acteurs au pallier local et au pallier régional. • Avoir consolidé la fonction assurance de la qualité par la mise en place, sous l'égide du comité régional de lutte contre le cancer, d'une mécanique formelle de partenariat avec pour mandat de développer un programme d'assurance de la qualité en fonction d'atteinte de

AXES D'INTERVENTIONS	OBJECTIFS
Le concept d'assurance de la qualité repose principalement sur la cueillette systématique des informations qui permettent d'évaluer l'atteinte des objectifs, normes et standards et d'ajuster les interventions et activités dans un contexte d'efficacité maximale. De pair à ces données objectives obtenues, l'étude des problèmes rencontrés par les partenaires lors de l'implantation et de la réalisation du programme ainsi que l'identification des forces et faiblesses de celui-ci, tel que perçu par les organisations et les intervenants, constituent une source d'informations subjectives tout aussi essentielles et pertinentes. Les informations générées objectivement et subjectivement doivent constituer un soutien à l'auto-évaluation (audit), fournir de l'aide aux prises de décisions et favoriser les actions en vue de corriger des situations problématiques que ce soit au niveau du *programme*, des *services* ou de la *performance professionnelle*. Elles doivent également favoriser le respect des lignes directrices du programme. Il est impératif de mobiliser tous les acteurs concernés vers le développement et l'implantation d'une vision claire, de stratégies et d'activités d'assurance de la qualité. Un engagement et un responsabilité conjointe doivent être obtenus. Une organisation structurée de la fonction doit être développée et permettre de mobiliser les partenaires concernés aux paliers local, régional et suprarégional dans des activités croissantes en matière d'assurance de la qualité.	normes et critères retenus au plan national et définis au cadre de référence du PQLCC et du CQLCC, ainsi qu'en fonction d'atteinte de normes qui sont reconnues dans le cadre de programmes similaires au plan international.
ÉVALUATION Nous devons, de concert avec le *Centre de coordination de la lutte contre le cancer,* préciser et raffiner les questions relatives au suivi à l'implantation et de l'évaluation des impacts du *Programme provincial et régional de lutte contre le cancer* Nous devons aussi travailler à définir les indicateurs et à planifier le calendrier de réalisations pour l'ensemble des actions communes à toutes les régions. Cela dit, au plan régional, nous estimons que l'évaluation du Programme de lutte contre le cancer doit s'inscrire dans la réalisation de preuves de succès et d'impact. Pour cela, nous devrons chercher à mesurer :	**D'ici 2007** • Le comité régional de lutte contre le cancer devra avoir convenu, au plan régional, du devis d'évaluation et des activités ou actions à mettre de l'avant pour le réaliser. • Avoir convenu des responsabilités à partager avec le Centre de coordination de la lutte contre le cancer.

AXES D'INTERVENTIONS	OBJECTIFS
• l'intégration des services ainsi que la satisfaction de la clientèle et des organisations face aux approches utilisées; • la qualité et la pérennité des partenariats; • la pertinence du programme (services orientés vers les besoins prioritaires des clientèles identifiées); • la qualité des interventions (pratique selon les normes, amélioration de l'état de santé, satisfaction des usagers); • l'équité (services disponibles et accessibles à tous, habilitation des personnes); • l'efficience (partage des rôles, contrôle des coûts, échange d'information, utilisation appropriée des ressources).	

PLAN D'ACTION

Ce chapitre se divise en deux sections. D'une part, il vous présente l'ensemble des cibles régionales en matière d'organisation de service à être actualisées si nous voulons atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés pour l'implantation du Programme régional de lutte contre le cancer. Ces cibles régionales couvrent l'ensemble des volets du continuum de services, soit : la prévention, la promotion, le dépistage, l'investigation, le traitement, le soutien et les soins palliatifs de fin de vie. D'autre part, vous retrouvez à l'intérieur de la deuxième section et sous le même format de présentation, le détail des interventions nécessaires pour la réalisation de chacune des cibles retenues.

Volet prévention, promotion, dépistage

Prévention et dépistage des cancers dans les domaines de vie et maladies chroniques, santé environnementale et santé en milieu de travail

Les stratégies de promotion de saines habitudes ainsi que de prévention et de dépistage des cancers visent non seulement la réduction du nombre de décès mais ultimement la réduction du nombre de nouveaux cas.

Le plan d'action estrien de lutte contre le cancer se caractérisent par[7] :

- des actions s'adressant à la fois à la population en général dans son contexte de vie quotidienne et à des groupes bien ciblés;
- une approche multifactorielle, c'est-à-dire constituée d'un ensemble d'actions complémentaires permettant d'agir sur les facteurs qui influencent favorablement la santé;
- des stratégies et activités de sensibilisation et de mobilisation cherchant à accroître les connaissances pertinentes des personnes et favorisant l'acquisition d'attitudes et de comportements favorables au maintien d'une bonne santé;
- des interventions adaptées aux conditions et aux milieux de vie;
- une alliance de partenaires de différents secteurs (l'éducation, l'environnement, le milieu municipal, etc.);
- une adhésion aux politiques publiques favorables à la santé.

---

[7] Caractéristiques énoncées dans le Programme québécois de lutte contre le cancer dans le document:
GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *le Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité consultatif sur le cancer, 1997, p. 69.

Les divers éléments de promotion, de prévention et de dépistage du plan d'action régional de lutte contre le cancer sont principalement tirés du **Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie** (voir annexe A) en lien avec les domaines touchant les habitudes de vie et les maladies chroniques, la santé environnementale ainsi que la santé en milieu de travail. Soulignons que les cancers font partie des maladies chroniques s'ajoutant à la longue liste des maladies cardiovasculaires (MCV), du diabète, de la maladie pulmonaire obstructive chronique, de l'asthme, de l'ostéoporose et de l'obésité, auxquelles s'ajoutent les maladies buccodentaires ainsi que leurs déterminants. Ces maladies sont en partie évitables par des activités communes en regard du tabagisme, de l'alimentation et de l'activité physique.

Cette section présente, en fonction des trois domaines d'intervention retenus, l'état de situation qui prévaut ainsi que les objectifs et les grands types d'activités suggérés. En ce qui concerne les domaines de la santé environnementale et de la santé en milieu de travail, le lecteur est référé aux cahiers 4 et 6 du Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie pour obtenir de plus amples informations, l'objectif étant de donner, dans le présent texte, un aperçu des activités proposées qui ont un intérêt pour la lutte contre le cancer.

HABITUDES DE VIE ET DES MALADIES CHRONIQUES : PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

CLIENTÈLE : Jeunes

Cette section identifie des activités à déployer :

1. en regard de la mise en place, en collaboration avec le réseau de l'éducation, d'une programmation d'activités globales et concertées pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants en agissant notamment sur les saines habitudes de vie (clientèles des 5-11 ans et 12-17ans).
2. au niveau de la lutte au tabagisme;
3. au niveau de la promotion de l'activité physique (clientèles des 5-11 ans et 12-17ans).

ÉTAT DE SITUATION :

Les actions liées à l'alimentation

À l'exception des récents efforts dans chacune des régions du Québec sur la sécurité alimentaire, en raison d'un budget spécifique, les actions réalisées pour la clientèle 5-11 ans en termes d'information, de modification de l'environnement, ou de l'éducation à une saine alimentation issues en grande partie des CLSC ou de certains organismes communautaires sont sporadiques et non coordonnées au niveau régional. Aucun budget spécifique régional n'existe à ce niveau, ni aucun plan de développement spécifique.

Les actions liées à la lutte au tabagisme

Dans la foulée des efforts antérieurs, le Québec s'est doté d'un Plan de lutte au tabac pour les années 2001-2005. Ce plan global contient des objectifs de prévention, cessation, protection des non-fumeurs et de dénormalisation de l'habitude tabagique.

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS :

1. Programmation d'activités globales et concertées pour promouvoir la santé et le bien-être des jeunes 5-11 ans et 12-17 ans

OBJECTIFS

D'ici 2012 :

- **réduire l'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement;**
- **réduire l'usage du tabac chez les jeunes;**
- **augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour;**
- **réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 % à 22 % et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes en plus de prévenir l'excès de poids chez les enfants et les adolescents.**

CLIENTÈLE : Jeunes

Cette section identifie des activités à déployer :

1. en regard de la mise en place, en collaboration avec le réseau de l'éducation, d'une programmation d'activités globales et concertées pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants en agissant notamment sur les saines habitudes de vie (clientèles des 5-11 ans et 12-17 ans);
2. au niveau de la lutte au tabagisme;
3. au niveau de la promotion de l'activité physique (clientèles des 5-11 ans et 12-17 ans).

ÉTAT DE SITUATION

Les actions liées à l'alimentation

À l'exception des récents efforts dans chacune des régions du Québec sur la sécurité alimentaire, en raison d'un budget spécifique, les actions réalisées pour la clientèle 5-11 ans en termes d'information, de modification de l'environnement, ou de l'éducation à une saine alimentation issues en grande partie des CLSC ou de certains organismes communautaires sont sporadiques et non coordonnées au niveau régional. Aucun budget spécifique régional n'existe à ce niveau, ni aucun plan de développement spécifique.

Les actions liées à la lutte au tabagisme

Dans la foulée des efforts antérieurs, le Québec s'est doté d'un Plan de lutte au tabac pour les années 2001-2005. Ce plan global contient des objectifs de prévention, cessation, protection des non-fumeurs et de dénormalisation de l'habitude tabagique.

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

1. Programmation d'activités globales et concertées pour promouvoir la santé et le bien-être des jeunes 5-11 ans et 12-17 ans

OBJECTIFS

D'ici 2012 :

- **réduire l'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement;**
- **réduire l'usage du tabac chez les jeunes;**
- **augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour;**
- **réduire la prévalence de l'excès de poids de 20 % à 22 % et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes en plus de prévenir l'excès de poids chez les enfants et les adolescents.**

ÉTAT DE SITUATION :

Les actions liées à la lutte au tabagisme (suite)

Depuis 1996, en collaboration avec les CLSC de l'Estrie, ont été mis en place : le Programme régional « Vers des écoles sans fumée » (Annexe E), des activités de prévention principalement en secondaire 1 avec des relances en secondaire 2 et en secondaire 3, des actions de soutien à la cessation et des mesures visant la protection des non-fumeurs. Bien qu'il n'existe pas d'orientations spécifiques pour la clientèle 5-11 ans, il y a lieu de retenir cette problématique et d'accorder une attention à l'environnement dans lequel évolue l'enfant. Au cours des prochaines années, les activités du programme « Vers des écoles sans fumée » pourront être intégrées à la programmation du volet « Habitudes de vie » des projets « École en santé ».

Les actions liées à la promotion de l'activité physique

Au printemps 2002, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie a sensibilisé toutes les directions des établissements scolaires de l'Estrie au phénomène de la sédentarité des jeunes et à l'importance de mettre en place des mesures pour que chaque jeune ait l'opportunité d'être actif tous les jours de classe. Au cours des derniers mois, différentes mesures gouvernementales ont été annoncées et contribuent à créer des conditions plus favorables à la pratique d'activités physiques en milieu scolaire primaire.

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS :

ACTIVITÉS

- **Élaboration et implantation, en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, d'une intervention globale, concertée de type « École en santé », pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'habitudes de vie et maladies chroniques.**

En conformité avec les orientations préconisées dans le Programme national de santé publique et afin d'intervenir simultanément sur plusieurs déterminants et facteurs de risque, il sera nécessaire d'élaborer et d'implanter en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, une intervention globale et concertée pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents, pour prévenir un ensemble de problèmes de santé prioritaires et atteindre les objectifs poursuivis. Le concept « École en santé » (voir Annexe D pour description) est donc retenu. Cette mesure visera à rejoindre les enfants dans leurs principaux milieux de vie, soit à l'école et dans leur famille tout en tenant compte de l'ensemble des environnements dans lesquels ils évoluent. Les principaux thèmes à considérer dans le volet « Habitudes de vie » d'« École en santé » sont : l'activité physique; la saine alimentation; la santé buccodentaire; le non-usage du tabac. À cet effet, les activités prévues pour les enfants de 5-11 ans dans le Plan d'action régional de santé publique concernant la santé buccodentaire et l'activité physique devront aussi faire partie de la programmation d'« École en santé » afin d'avoir une offre de service de santé publique coordonnée et intégrée à l'école.

ÉTAT DE SITUATION :

Les actions liées à la lutte au tabagisme (suite)

Depuis 1996, en collaboration avec les CLSC de l'Estrie, ont été mis en place : le Programme régional « Vers des écoles sans fumée » (Annexe E), des activités de prévention principalement en secondaire 1 avec des relances en secondaire 2 et en secondaire 3, des actions de soutien à la cessation et des mesures visant la protection des non-fumeurs. Bien qu'il n'existe pas d'orientations spécifiques pour la clientèle 5-11 ans, il y a lieu de retenir cette problématique et d'accorder une attention à l'environnement dans lequel évolue l'enfant. Au cours des prochaines années, les activités du programme « Vers des écoles sans fumée » pourront être intégrées à la programmation du volet « Habitudes de vie » des projets « École en santé ».

Les actions liées à la promotion de l'activité physique

Au printemps 2002, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie a sensibilisé toutes les directions des établissements scolaires de l'Estrie au phénomène de la sédentarité des jeunes et à l'importance de mettre en place des mesures pour que chaque jeune ait l'opportunité d'être actif tous les jours de classe. Au cours des derniers mois, différentes mesures gouvernementales ont été annoncées et contribuent à créer des conditions plus favorables à la pratique d'activités physiques en milieu scolaire primaire.

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS :

ACTIVITÉS

- **Élaboration et implantation, en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, d'une intervention globale, concertée de type « École en santé », pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'habitudes de vie et maladies chroniques.**

En conformité avec les orientations préconisées dans le Programme national de santé publique et afin d'intervenir simultanément sur plusieurs déterminants et facteurs de risque, il sera nécessaire d'élaborer et d'implanter en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, une intervention globale et concertée pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents, pour prévenir un ensemble de problèmes de santé prioritaires et atteindre les objectifs poursuivis. Le concept « École en santé » (voir Annexe D pour description) est donc retenu. Cette mesure visera à rejoindre les enfants dans leurs principaux milieux de vie, soit à l'école et dans leur famille tout en tenant compte de l'ensemble des environnements dans lesquels ils évoluent. Les principaux thèmes à considérer dans le volet « Habitudes de vie » d'« École en santé » sont : l'activité physique; la saine alimentation; la santé buccodentaire; le non-usage du tabac. À cet effet, les activités prévues pour les enfants de 5-11 ans dans le Plan d'action régional de santé publique concernant la santé buccodentaire et l'activité physique devront aussi faire partie de la programmation d'« École en santé » afin d'avoir une offre de service de santé publique coordonnée et intégrée à l'école.

ÉTAT DE SITUATION :

Les actions liées à la promotion de l'activité physique (suite)

Au printemps 2002, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie a sensibilisé toutes les directions des établissements scolaires de l'Estrie au phénomène de la sédentarité des jeunes et à l'importance de mettre en place des mesures pour que chaque jeune ait l'opportunité d'être actif tous les jours de classe. Au cours des derniers mois, différentes mesures gouvernementales ont été annoncées et contribuent à créer des conditions plus favorables à la pratique d'activités physiques en milieu scolaire primaire.

Le projet de la « Corporation Québec en forme » (Annexe B) vise à rejoindre, progressivement, toutes les écoles primaires de milieu défavorisé de l'Estrie. Quatre commissions scolaires se sont concertées avec les organismes du milieu et la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie pour développer un « passeport santé » (Annexe C) pour l'ensemble des jeunes. Pour 2003-2004, seulement les jeunes de 5-11 ans sont visés. Ce projet s'inscrit dans le cadre de la réforme qui n'est pas encore en implantation au secondaire. À moyen terme, une implantation avec des outils adaptés est prévisible pour le secondaire. Des outils pédagogiques ont été développés et des activités de formation ont débuté pour soutenir les enseignants dans cette fonction qui a été redéfinie dans le cadre de la réforme de l'éducation. D'autres campagnes, par exemple « Plaisir sur glace », le « Mois de l'éducation physique et du sport étudiant », « Marchons vers l'école » (Annexe B) présentent des occasions de favoriser l'engagement des milieux scolaires, municipaux et communautaires pour favoriser la pratique d'activités physiques. Les dossiers « Cours d'école » et le « concours École active » (Annexe B) font l'objet d'intervention depuis deux ans en Estrie et les impacts pourraient être plus importants avec l'ajout de ressources dans le milieu.

Plusieurs de ces activités pourront être intégrées à la programmation du volet « Habitudes de vie » des projets « École en santé » (Annexe D) dans les écoles ciblées.

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS :

2. Lutte au tabagisme

OBJECTIFS

D'ici 2012 :

- **réduire l'usage du tabac chez les jeunes du secondaire;**
- **réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.**

ACTIVITÉS

- Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie telle la promotion d'une politique globale sur le tabac (prévention, cessation, cours d'école sans fumée) dans les écoles secondaires de l'Estrie;
- Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives telles celles des intervenants des écoles secondaires concernant le soutien à l'abandon tabagique;
- Promotion et application d'une politique globale *d'école sans fumée*.

3. Promotion de l'activité physique

OBJECTIFS

D'ici 2012 :

- **augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans;**
- **augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.**

ACTIVITÉS

- Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie;
- Promotion de la création d'environnements favorisant la pratique d'activités physiques dans les écoles tel le développement *d'une cour d'école saine et sécuritaire*;
- Conception et organisation d'activités éducatives axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie (ex.: soutien aux *équipes école* et aux *équipes cycle* dans leur tâche d'enseignement d'activités de promotion de saines habitudes de vie).

CLIENTÈLE : Adultes

Pour les adultes, cette section identifie des activités :

1. de promotion et de prévention visant globalement les habitudes de vie, plus particulièrement en matière de counselling clinique sur les habitudes de vie auprès d'une clientèle à haut risque de maladies chroniques;
2. de lutte au tabagisme;
3. de promotion de l'activité physique;
4. du dépistage des cancers du sein et du col.

ÉTAT DE SITUATION :

1. Promotion et prévention visant globalement les habitudes de vie

Les activités proposées depuis un certain nombre d'années relativement aux habitudes de vie et aux maladies chroniques comprennent :

- les actions entreprises pour lutter contre le tabagisme et contre le cancer du sein (deux thèmes qui faisaient partie des « Priorités nationales de santé publique »);
- les actions en santé cardiovasculaire sur un ensemble de facteurs de risque (ex. : promotion de l'activité physique via le Programme Kino-Québec).

Des services cliniques préventifs offrant un counselling complet et intensif auprès des personnes présentant des facteurs de risque de maladies chroniques sont présentement en implantation dans les CLSC (« Programme de prévention des maladies chroniques , voir annexe F).

L'implantation de ce programme de prévention a débuté en janvier 2003, suite à son adoption par le conseil d'administration de la Régie régionale de l'Estrie. Il a pour objectif d'assurer le suivi des personnes à risque élevé de maladies chroniques nécessitant un suivi pour l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie (non-usage du tabac, pratique régulière d'activités physiques et saine alimentation). De plus, ce programme vise à former l'ensemble du personnel des services de santé courants sur le counselling bref au niveau du tabagisme, de l'activité physique et de la saine alimentation afin que ce type de counselling soit intégré dans les pratiques cliniques. Actuellement, tous les CLSC offre des services de cessation tabagique dans le cadre de ce programme.

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS :

1. Promotion et prévention visant globalement les habitudes de vie

OBJECTIFS

D'ici 2012, outre les objectifs liés à l'activité physique et au tabagisme présentés ultérieurement dans cette section :

- réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 % à 22 % et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes;
- augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour.

ACTIVITÉS

- Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie;
- Promotion et application de politiques, de lois et de règlements favorisant l'adoption de saines habitudes de vie;
- Promotion et prévention en ce qui concerne de saines habitudes dans les milieux de vie telles des interventions en milieu de travail (exemple: mise en place d'activités éducatives et environnementales en milieu de travail);
- Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives:
  - au sein des services de santé courants des CLSC (consolidation du « Programme de prévention des maladies chroniques »);
  - auprès des médecins, des GMF, des CLSC et des cabinets privés.

ÉTAT DE SITUATION :

Les actions liées à la promotion de l'activité physique (suite)

Au printemps 2002, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie a sensibilisé toutes les directions des établissements scolaires de l'Estrie au phénomène de la sédentarité des jeunes et à l'importance de mettre en place des mesures pour que chaque jeune ait l'opportunité d'être actif tous les jours de classe. Au cours des derniers mois, différentes mesures gouvernementales ont été annoncées et contribuent à créer des conditions plus favorables à la pratique d'activités physiques en milieu scolaire primaire.

Le projet de la « Corporation Québec en forme » (Annexe B) vise à rejoindre, progressivement, toutes les écoles primaires de milieu défavorisé de l'Estrie. Quatre commissions scolaires se sont concertées avec les organismes du milieu et la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie pour développer un « passeport santé » (Annexe C) pour l'ensemble des jeunes. Pour 2003-2004, seulement les jeunes de 5-11 ans sont visés. Ce projet s'inscrit dans le cadre de la réforme qui n'est pas encore en implantation au secondaire. À moyen terme, une implantation avec des outils adaptés est prévisible pour le secondaire. Des outils pédagogiques ont été développés et des activités de formation ont débuté pour soutenir les enseignants dans cette fonction qui a été redéfinie dans le cadre de la réforme de l'éducation. D'autres campagnes, par exemple « Plaisir sur glace », le « Mois de l'éducation physique et du sport étudiant », « Marchons vers l'école » (Annexe B) présentent des occasions de favoriser l'engagement des milieux scolaires, municipaux et communautaires pour favoriser la pratique d'activités physiques. Les dossiers « Cours d'école » et le « concours École active » (Annexe B) font l'objet d'intervention depuis deux ans en Estrie et les impacts pourraient être plus importants avec l'ajout de ressources dans le milieu.

Plusieurs de ces activités pourront être intégrées à la programmation du volet « Habitudes de vie » des projets « École en santé » (Annexe D) dans les écoles ciblées.

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS :

2. Lutte au tabagisme

OBJECTIFS

D'ici 2012 :

- **réduire l'usage du tabac chez les jeunes du secondaire;**
- **réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.**

ACTIVITÉS

- Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie telle la promotion d'une politique globale sur le tabac (prévention, cessation, cours d'école sans fumée) dans les écoles secondaires de l'Estrie;
- Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives telles celles des intervenants des écoles secondaires concernant le soutien à l'abandon tabagique;
- Promotion et application d'une politique globale *d'école sans fumée*.

3. Promotion de l'activité physique

OBJECTIFS

D'ici 2012 :

- **augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans;**
- **augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.**

ACTIVITÉS

- Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie;
- Promotion de la création d'environnements favorisant la pratique d'activités physiques dans les écoles tel le développement *d'une cour d'école saine et sécuritaire*;
- Conception et organisation d'activités éducatives axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie (ex.: soutien aux *équipes école* et aux *équipes cycle* dans leur tâche d'enseignement d'activités de promotion de saines habitudes de vie).

CLIENTÈLE : Adultes

Pour les adultes, cette section identifie des activités :

1. de promotion et de prévention visant globalement les habitudes de vie, plus particulièrement en matière de counselling clinique sur les habitudes de vie auprès d'une clientèle à haut risque de maladies chroniques;
2. de lutte au tabagisme;
3. de promotion de l'activité physique;
4. du dépistage des cancers du sein et du col.

ÉTAT DE SITUATION :

1. Promotion et prévention visant globalement les habitudes de vie

Les activités proposées depuis un certain nombre d'années relativement aux habitudes de vie et aux maladies chroniques comprennent :

- les actions entreprises pour lutter contre le tabagisme et contre le cancer du sein (deux thèmes qui faisaient partie des « Priorités nationales de santé publique »);
- les actions en santé cardiovasculaire sur un ensemble de facteurs de risque (ex. : promotion de l'activité physique via le Programme Kino-Québec).

Des services cliniques préventifs offrant un counselling complet et intensif auprès des personnes présentant des facteurs de risque de maladies chroniques sont présentement en implantation dans les CLSC (« Programme de prévention des maladies chroniques , voir annexe F).

L'implantation de ce programme de prévention a débuté en janvier 2003, suite à son adoption par le conseil d'administration de la Régie régionale de l'Estrie. Il a pour objectif d'assurer le suivi des personnes à risque élevé de maladies chroniques nécessitant un suivi pour l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie (non-usage du tabac, pratique régulière d'activités physiques et saine alimentation). De plus, ce programme vise à former l'ensemble du personnel des services de santé courants sur le counselling bref au niveau du tabagisme, de l'activité physique et de la saine alimentation afin que ce type de counselling soit intégré dans les pratiques cliniques. Actuellement, tous les CLSC offre des services de cessation tabagique dans le cadre de ce programme.

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS :

1. Promotion et prévention visant globalement les habitudes de vie

OBJECTIFS

D'ici 2012, outre les objectifs liés à l'activité physique et au tabagisme présentés ultérieurement dans cette section :

- réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 % à 22 % et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes;
- augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour.

ACTIVITÉS

- Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie;
- Promotion et application de politiques, de lois et de règlements favorisant l'adoption de saines habitudes de vie;
- Promotion et prévention en ce qui concerne de saines habitudes dans les milieux de vie telles des interventions en milieu de travail (exemple: mise en place d'activités éducatives et environnementales en milieu de travail);
- Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives:
  - au sein des services de santé courants des CLSC (consolidation du « Programme de prévention des maladies chroniques »);
  - auprès des médecins, des GMF, des CLSC et des cabinets privés.

ÉTAT DE SITUATION :	OBJECTIFS ET ACTIVITÉS :
2. Lutte au tabagisme Au niveau des actions en regard du soutien à l'abandon tabagique, les deux plans *Tabac Estrie sans fumée 1996-1999 et 2000-2003* avaient ciblé les clientèles des femmes enceintes et les femmes de faible revenu. Dans la foulée du Plan québécois d'abandon du tabagisme, les actions pour soutenir l'abandon tabagique en Estrie s'inscriront dorénavant dans une stratégie globale destinée à tous les adultes. Il s'agit, en résumé, de la mise en place de centres d'abandon du tabagisme dans chaque CLSC de la région, à l'intérieur du « Programme de prévention des maladies chroniques » (Annexe F), ainsi que d'une stratégie de formation des professionnels de la santé à l'intervention minimale ou brève en cessation tabagique, de même que d'une sensibilisation des adultes fumeurs à l'ensemble des moyens pour cesser de fumer et protéger leur entourage de la fumée de tabac.	2. Lutte au tabagisme **OBJECTIFS** **D'ici 2012 :** - **réduire la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui font usage du tabac de 24 % à 18 %;** - **réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.** **ACTIVITÉS** - Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie telle une campagne régionale sur les méthodes et services d'abandon du tabac ou pour faire connaître le concours « J'arrête j'y gagne »; - Promotion et prévention en ce qui concerne de saines habitudes dans les milieux de vie, par exemple en milieu de travail; - Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives de soutien à l'abandon tabagique et consolidation des cliniques d'abandon tabagique (CAT).

ÉTAT DE SITUATION :	OBJECTIFS ET ACTIVITÉS :
3. Promotion de l'activité physique	**3. Promotion de l'activité physique**
En Estrie, quelques initiatives ont fait l'objet d'expérimentation. Dans le cadre de la campagne « Plaisir sur glace » (Annexe B), les municipalités ont organisé plus d'une soixantaine d'activités qui ont rejoint près de 10 000 personnes à l'hiver 2003. Des outils ont été expérimentés auprès des cliniques médicales pour favoriser un counselling bref auprès d'une clientèle inactive. Une campagne annuelle en faveur de la marche est prévue au Plan national d'activités de Kino-Québec à compter de 2003. Le soutien à des clubs de santé, clubs de marche ou clubs de plein air est susceptible de rejoindre une clientèle adulte et de fidéliser leur pratique en créant un contexte plus favorable à leur pratique. De nombreuses démarches sont nécessaires pour sensibiliser les élus municipaux à l'importance des aménagements sains et sécuritaires favorisant la marche et la bicyclette et d'autres activités de plein air. Cette vision de développement doit être présente dans la révision des schémas d'aménagement de la MRC.	**OBJECTIF** **D'ici 2012 :** - **augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.** **ACTIVITÉS** - Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie et réalisation d'activités promotionnelles (ex. : « Plaisir sur glace », Campagne de promotion de la marche); - Promotion de la création d'environnements favorisant la pratique d'activités physiques dans les milieux de vie (ex.: actions d'influence auprès du milieu municipal dans l'identification d'infrastructures favorisant la pratique d'activités physiques durant les quatre saisons); - Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives.

ÉTAT DE SITUATION :	OBJECTIFS ET ACTIVITÉS :
4. Dépistage du cancer du sein et du cancer du col	**4. Dépistage du cancer du sein et du cancer du col**
Cancer du sein En Estrie, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) a démarré en mai 1998. Le dépistage du cancer du sein constitue actuellement l'unique programme de dépistage systématique en matière de cancer et même de maladies chroniques. Toutes les Estriennes de 50 à 69 ans sont invitées à passer une mammographie de dépistage aux 2 ans. Il connaît un bon succès avec la participation de près de 60 % des femmes de 50 à 69 ans. De janvier 2000 à décembre 2001, 18 115 Estriennes ont passé une mammographie permettant le dépistage de 85 cas de cancer. Comparativement au Québec, le taux de participation au dépistage est plus élevé autant pour l'ensemble de la région que pour chacune des MRC. La mammographie demeure, jusqu'à ce jour, un examen radiologique essentiel dans la lutte contre le cancer du sein. En se basant sur les données de la Régie d'assurance maladie du Québec, pour la période de 24 mois 1999-2000, 71,2 % des Estriennes de 50 à 69 ans ont passé une mammographie diagnostique ou de dépistage comparativement à 63,2 % des Québécoises. L'analyse des divers indicateurs du Programme québécois de dépistage du cancer du sein place l'Estrie comme une région performante de la province. **Cancer du col** En Estrie comme au Québec, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, environ 2 femmes sur 3 âgées de 18 à 69 ans ont passé un test de PAP dans les 3 dernières années.	**OBJECTIF** **D'ici 2012 :** - **réduire la mortalité par cancer du sein de 25 % chez les femmes de 50 à 69 ans;** - **réduire la mortalité par cancer du col** (il n'y a aucun objectif de fixer pour le cancer du col dans le Programme national de santé publique). **ACTIVITÉS** - Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives du dépistage du cancer du sein et du cancer du col; - Suivi des travaux du MSSS en regard du dépistage du cancer du col utérin; - Consolidation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein tout particulièrement des volets: • de l'assurance de la qualité; • des communications (optimiser le recrutement et la fidélisation des femmes); • du soutien psychosocial aux femmes.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE : PRÉVENTION DU CANCER DE LA PEAU

CLIENTÈLE : Enfants, jeunes et adultes

Les très jeunes enfants sont ciblés pour ce qui est des dangers de l'exposition aux rayons ultraviolets, et certaines interventions effectuées en postnatal peuvent contribuer à réduire l'impact de cette menace. Les enfants de 5 à 11 ans sont plus spécifiquement ciblés pour ce qui est des dangers de l'exposition aux rayons ultraviolets, et certaines interventions d'information visant les parents et les enfants peuvent contribuer à réduire l'impact de cette menace. Le public en général doit être sensibilisé aux effets à long terme des rayons ultraviolets

ÉTAT DE SITUATION :	OBJECTIFS ET ACTIVITÉS :
Prévention du cancer de la peau	**Prévention du cancer de la peau**
À la sortie de l'hôpital, à la suite d'un accouchement, les parents reçoivent le livret « Mieux vivre avec son enfant ». Dans ce dernier, un chapitre sur le soleil prodigue les conseils appropriés pour prévenir les coups de soleil, et par conséquent, les cancers de la peau éventuels. Au cours des consultations dans les cliniques postnatales successives, le message est renforcé auprès des parents d'éviter l'exposition directe au soleil et d'utiliser les crèmes solaires recommandées. Au cours des consultations ultérieures, le message est à nouveau renforcé auprès des parents et des enfants, d'éviter l'exposition directe au soleil, particulièrement entre 10 h et 14 h et d'utiliser toujours les crèmes solaires recommandées. Soulignons que le public en général est peu informé à l'égard des risques associés au bronzage. Aucune campagne d'information et de sensibilisation n'est tenue au niveau provincial ou régional.	**OBJECTIF** **D'ici 2012, diminuer l'incidence des cancers de la peau.** **ACTIVITÉS** - Information aux parents concernant les moyens efficaces de protéger leurs enfants de 0 à 5 ans contre les rayons ultraviolets, lors des visites postnatales et des vaccinations; - Information aux parents concernant les moyens efficaces de protéger leurs enfants de 5 à 11 ans contre les rayons ultraviolets; - Sensibilisation, par la tenue de campagnes d'information et de sensibilisation, de la population et des intervenants aux méfaits des expositions aux ultraviolets.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE : INTERVENTIONS VARIÉES DE PRÉVENTION

CLIENTÈLE : Enfants, jeunes et adultes

La quasi totalité des objectifs retenus dans le domaine de la santé environnementale ne s'adressent pas à une clientèle particulière mais visent plutôt le mieux-être de l'ensemble de la population. La priorité a été accordée aux maladies liées à la qualité de l'air extérieur et intérieur, et à la qualité de l'eau de consommation. L'amiante et le monoxyde de carbone ont aussi fait l'objet d'une attention particulière.

ÉTAT DE SITUATION :

Amiante

En 1998, le ministère de l'Éducation, en collaboration avec le MSSS, a procédé à une campagne provinciale d'identification des écoles ayant de l'amiante floqué. Une visite de toutes les écoles ciblées a été effectuée et dans les cas où il y avait un potentiel modéré à important de dispersion des fibres d'amiante (cote 2 ou 3), des mesures ont été recommandées.

En Estrie, 17 établissements scolaires ont été visités dans le cadre de l'opération amiante-école, entre décembre 1998 et août 2001 (15 écoles dont deux privées, et deux centres administratifs) sur un total approximatif de 150 établissements publics (incluant les divers pavillons d'un établissement). La responsabilité d'identifier les écoles ayant des flocages d'amiante revenant aux commissions scolaires, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie est intervenue seulement dans les écoles identifiées par ces commissions scolaires. Aucune demande de réévaluation des matériaux n'a été adressée à la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie jusqu'à maintenant

Pollution atmosphérique

Les interventions dans le programme *Info-Smog* d'Environnement Canada
La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie est impliquée dans le programme *Info-Smog* depuis l'été 2002 seulement. Toutefois, grâce à deux stations météorologiques, Environnement Canada a pu compiler le nombre de jours de « smog » dans la région, depuis 1995: **1995** : 5 jours **1996** : 2 jours **1997** : 3 jours **1998** : 3 jours **1999** : 3 jours **2000** : 1 jour **2001** : 8 jours **2002** : 8 jours

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS :

Amiante

OBJECTIF

D'ici 2007 :
- **contribuer à la réduction des cancers du poumon attribuables à l'amiante.**

ACTIVITÉS
- participation au suivi de l'enlèvement ou de la réparation du flocage d'amiante dans les bâtiments scolaires déjà identifiés;
- soutien à l'évaluation de la présence d'amiante dans tous les établissements de soins de santé.

Pollution atmosphérique

OBJECTIF

D'ici 2012 :
- **réduire les problèmes de santé associés à la pollution atmosphérique;**
- **contribuer à la réduction des cancers du poumon attribuables à l'exposition aux hydrocarbures aromatiques polycycliques.**

ACTIVITÉS
- promotion des moyens efficaces d'améliorer la qualité de l'air extérieur (ex. : utilisation du transport en commun, programmes d'inspection obligatoire des véhicules usagés, etc.).

ÉTAT DE SITUATION :	OBJECTIFS ET ACTIVITÉS :
Air intérieur	**Air intérieur**
La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie travaille en concertation avec plusieurs instances pour faire face à cette problématique dont la résolution dépend d'une action intersectorielle. Un protocole de gestion des demandes reliées à la qualité de l'air intérieur a été développé. Ce protocole est appliqué par les intervenants d'Info-Santé. De plus, un cadre de référence a été produit. Ce cadre a notamment été envoyé à l'ensemble des municipalités. Il permet également d'outiller les intervenants à domicile pour leur permettre de mieux répondre aux questions qu'ils reçoivent sur ce sujet.	**OBJECTIF** **D'ici 2012 :** - **réduire la morbidité et la mortalité reliées à la mauvaise qualité de l'air intérieur ainsi qu'à l'insalubrité dans les résidences et les édifices publics.** **ACTIVITÉS** - conduite d'enquêtes épidémiologiques lorsque sont signalés des problèmes de santé liés à qualité de l'air intérieur ou à la salubrité dans les écoles, les centres de la petite enfance ainsi que les établissements du réseau de la santé et des service sociaux; - participation à l'organisation des services publics, sectoriels et intersectoriels, sur la qualité de l'air intérieur dans chacune des régions du Québec.
Intoxications d'origine environnementale	**Intoxications d'origine environnementale**
En Estrie depuis 2000, en plus d'avoir reçu des appels au sujet du monoxyde de carbone, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie a été confronté à quatre événements d'exposition et d'intoxication au monoxyde de carbone à la suite de dynamitage en milieu résidentiel. La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie collabore au développement et à la diffusion des informations appropriées aux personnes concernées par la problématique.	**OBJECTIF** **D'ici 2012 :** - **réduire de 25 % les intoxications d'origine environnementale et leurs conséquences sur la santé.** **ACTIVITÉS** - promotion du processus de déclaration des cas d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale, notamment pour ce qui est du monoxyde de carbone et des pesticides et conduite d'enquêtes épidémiologiques lorsque de tels cas sont déclarés; - sensibilisation de la population à l'utilisation d'un détecteur de monoxyde de carbone dans la maison.

ÉTAT DE SITUATION :	OBJECTIFS ET ACTIVITÉS :
Situations d'urgence et des catastrophes	Situations d'urgence et des catastrophes
La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie s'implique dans la gestion des urgences environnementales incluant, dans l'année 2001, la réponse aux multiples appels dus à des colis suspectés de présenter une menace pour la santé publique et l'évacuation d'un centre de télémarketing en raison de la présence suspecte d'un contaminant dans l'air intérieur. Également, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie répond à toutes les demandes d'étude ainsi qu'aux révisions des schémas d'aménagement des MRC. Elle est impliquée dans chacun des comités mixtes des municipalités – industries de la région et aux sous-comités qui en découlent. Finalement, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie s'implique dans la conception des plans d'urgence en cas d'accidents industriels majeurs. Ces plans sont maintenant exigés dans le cadre de la Loi 173 de la Sécurité publique. La responsabilité de la coordination de ces derniers est d'abord imputée aux municipalités et MRC et par ricochet, aux industries concernées. La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie ainsi que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie font partie de ce plan en tant qu'intervenants dans chacun des scénarios minute par minute de ces plans d'urgence.	**OBJECTIF** **D'ici 2012 :** - **réduire les conséquences sur la santé des situations d'urgence et des catastrophes environnementales.** **ACTIVITÉS** - participation aux différentes étapes de la procédure d'évaluation et d'examen relative aux projets ayant des conséquences sur l'environnement et à la conception de la politique relative à la protection des sols et à la réhabilitation des terrains contaminés; - élaboration d'un plan d'urgence relatif à la santé environnementale, incluant des actions relatives aux risques nucléaires, biologiques et chimiques en cas de bioterrorisme.

SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL : INTERVENTIONS VARIÉES DE PRÉVENTION

CLIENTÈLE : Adultes

ÉTAT DE SITUATION :

La CSST a lancé, en 1998, le Plan d'intervention pour la prévention des maladies professionnelles pulmonaires reliées à l'exposition à l'amiante. Les nouvelles utilisations de l'amiante (ex. : amiante-asphalte) représentent d'autres sources pouvant exposer les travailleurs à leur insu si leur gestion n'est pas optimale. Quant au risque d'exposition des travailleurs affectés à l'entretien et à la réfection, il est théoriquement faible si les situations à risque sont corrigées (ex. : flocages détériorés) et les travaux effectués selon les règles prévues au code de la construction. Il est cependant important que la présence d'amiante soit identifiée au préalable. C'est dans cette optique qu'une démarche préventive concernant les flocages d'amiante dans les écoles primaires et secondaires du Québec a été entreprise en 1998. Un comité aviseur a récemment recommandé que le MSSS incite les pouvoirs publics concernés d'entreprendre une démarche préventive visant la gestion sécuritaire de l'amiante dans d'autres secteurs, dont les bâtiments publics municipaux (sous la responsabilité des municipalités et du ministère des Affaires municipales).

Hormis pour les substances qui sont visées par l'un des Plans d'intervention de la CSST (amiante, béryllium, silice), nous ne connaissons que très mal la caractérisation de l'exposition des travailleurs aux autres substances cancérigènes. Le Règlement sur la santé et la sécurité du travail[11] exige pourtant qu'une telle exposition soit réduite au minimum (article 42). En Estrie, une telle exposition peut se retrouver dans les secteurs suivants (avec les substances associées) : panneaux de particules et placage de bois (formaldéhyde), caoutchouc (chlorure de vinyle et nickel, entre autres), cuir (benzène), produits en métal (chrome et nickel), première transformation des métaux (chrome et cadmium) et chimique (plusieurs substances).

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS :

OBJECTIF

D'ici 2012 :

- **diminuer l'incidence des cancers des voies respiratoires, des cancers de la vessie et des autres cancers par la réduction de l'exposition des travailleurs à des substances cancérigènes.**

ACTIVITÉS

ACTIVITÉS VISANT L'AMIANTE

- surveillance des mésothéliomes:
  - ➢ étudier la faisabilité d'appliquer les orientations du MSSS concernant la surveillance active des mésothéliomes afin de réaliser des enquêtes épidémiologiques sur leurs facteurs de risque et guider des actions préventives;
  - ➢ réaliser des enquêtes épidémiologiques sur leurs facteurs de risque et guider des actions préventives;
- élargissement du Plan d'intervention de la CSST:
  - ➢ élargissement à l'industrie de la transformation du Plan d'intervention pour la prévention des maladies professionnelles pulmonaires reliées à l'exposition à l'amiante;
- gestion sécuritaire : nécessité d'une intervention:
  - ➢ application des orientations du MSSS concernant la gestion sécuritaire de l'amiante dans les bâtiments publics des 88 municipalités de l'Estrie;
- évaluation environnementale dans les mines d'amiante:
  - ➢ application des orientations du MSSS concernant l'évaluation des programmes de surveillance environnementale actuellement en vigueur dans les mines d'amiante.

ÉTAT DE SITUATION :	OBJECTIFS ET ACTIVITÉS :
	Activités visant d'autres substances cancérigenes
	• Caractérisation de l'exposition : ➢ parmi les établissements de la région, recenser ceux où l'on utilise des substances ayant un effet démontré ou soupçonné cancérigène chez l'humain; ➢ dans les entreprises des groupes prioritaires où l'on utilise des substances cancérigènes et qui n'ont pas encore de Programme de santé spécifique à l'établissement, évaluer l'exposition des travailleurs aux substances cancérigènes en priorisant celles qui sont associées aux cancers des voies respiratoires et des cancers de la vessie.

VOLET INVESTIGATION, TRAITEMENT ET SOUTIEN

CLIENTÈLE : *Jeunes et adultes ciblés par l'offre de service en investigation, traitement et soutien.*

ÉTAT DE SITUATION :	OBJECTIFS :
L'Estrie se caractérise par sa capacité à répondre, en presque totalité, à l'ensemble des besoins de la clientèle aux prises avec un cancer. À quelques exceptions près, notre région possède les services, les ressources et les expertises nécessaires à l'investigation, le diagnostic et le traitement des divers sièges tumoraux. En effet, sauf pour les tumeurs de l'œil et les tumeurs des os et cartilages, l'ensemble des traitements à visée curative et palliative incluant les activités de soutien et de réadaptation sont disponibles en région. Cependant, des gains restent à faire en matière d'accessibilité à la consultation spécialisée ainsi qu'à certains plateaux techniques. De plus, notre organisation actuelle ne nous permet pas d'offrir efficacement et de façon intégrée, une gamme de services accessibles, complémentaires, continus dans le temps et l'espace entre les organisations et entre les professionnels et ce, tant aux niveaux local, régional et suprarégional. En matière de soutien physique, psychologique et spirituel visant l'adaptation et la réadaptation, ainsi qu'en hébergement et transport, nous constatons que l'offre de service, quoique présente à des degrés divers dans tous les territoires, montre des faiblesses au plan de la disponibilité et de l'accessibilité. Nous sommes aussi aux prises avec un problème de rareté de ressources humaines, financières et matérielles qui sera accentuée par l'augmentation prévisible de la clientèle en besoin.	**D'ici 2007 :** - **Avoir assuré l'accessibilité de la clientèle en besoin à des services médicaux généraux et spécialisés dans des délais jugés raisonnables sur l'ensemble du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux.** - **Avoir assuré l'accessibilité à toute la clientèle en besoin aux interventions spécialisées (chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie) ainsi qu'aux moyens d'investigation à l'intérieur des délais médicalement requis.** - **Avoir implanté le modèle régional d'organisation de service tel que retenu par le Comité de pilotage de la lutte contre le cancer (parcours thérapeutique, équipes territoriales et spécialisées).** - **Avoir consolidé l'offre de service en matière de soutien physique, psychologique ainsi qu'en hébergement, accompagnement et transport.**

VOLET SOINS PALLIATIFS

CLIENTÈLE : Jeunes et adultes en phase palliative de fin de vie d'un cancer et leurs proches, avant et après la mort.

ÉTAT DE SITUATION :

Nous retrouvons dans la région, l'ensemble des services en soins palliatifs et de fin de vie. Ces derniers sont dispensés tout autant en CLSC qu'en établissements de courte durée hospitalière ou de longue durée que dans la communauté. Ils vont d'interventions spécialisées favorisant l'adaptation, le recouvrement ou le maintien des capacité physiques et psychologiques à des activités de soutien telles les services d'aide à domicile, l'accompagnement et l'hébergement temporaire. Cependant, la disponibilité, l'intensité et l'accessibilité à ces services varient d'un territoire ou d'un établissement à l'autre.

En matière de places dédiées aux soins palliatifs, l'Estrie compte 22 lits, soit 12 au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et dix à la Maison Aube-Lumière (résidence spécialisée). Ces deux ressources sont dotées d'équipes interdisciplinaires. Malgré leur présence, l'hébergement dédié pour les soins palliatifs est jugé insuffisant.

Les CLSC offrent un ensemble de services coordonnés par l'entremise du programme de maintien à domicile. Depuis 1996, une mécanique formelle de prise en charge et de suivi des personnes en phase terminale d'un cancer existe entre les hôpitaux et les CLSC afin d'assurer la continuité des soins et services entre ces établissements. Cependant, malgré la présence de ce mécanisme de suivi, des problèmes d'arrimage, de transfert d'informations pertinentes et d'absence de transfert de clientèle pour une prise en charge médicale et autres perdurent entre les établissements et les organisations incluant les cabinets de médecins.

Le milieu communautaire est considéré comme un acteur clé auprès des personnes atteintes de cancer. La Rose des vents, la Maison Aube-Lumière et, à des degrés divers, les centres d'action bénévoles mettent leur expertise au service de la clientèle et des établissements.

OBJECTIFS :

En conformité avec les orientations de la politique en soins palliatifs et de fin *à venir* :

D'ici 2007 :

- **Consolider l'accessibilité ainsi que l'offre de service en soins palliatifs aux plans clinique et structurel dans chacun des réseaux locaux de services.**
- **Assurer la disponibilité et l'accessibilité à des services spécialisés visant le soutien clinique aux équipes territoriales ainsi que le maintien et le développement de l'expertise.**
- **Assurer la coordination, entre les différents paliers de services spécialisés et autres liés à la prestation de services en soins palliatifs.**
- **Consolider l'accessibilité à des ressources d'hébergement pour soins palliatifs dans chacun des réseaux locaux de services.**
- **Développer et formaliser les activités de soutien à la pratique médicale incluant la composante de gestion et la composante informationnelle.**

De l'avis des partenaires, malgré l'expertise, une qualité d'interventions et une mobilisation marquée de la part des intervenants et intervenantes de la région, force est d'admettre que le manque de ressources humaines, financières et matérielles risque de compromettre le devenir de ces services. Plus particulièrement, soulignons ici, l'importance de l'implication et de la mobilisation des omnipraticiens de l'Estrie dans la prise en charge et le suivi de cette clientèle. Implication et mobilisation qui se traduisent depuis plusieurs années déjà par une pratique communautaire intégrant plusieurs éléments de continuité de services dont la garde à domicile et en établissements de longue durée. Pour terminer, notons l'absence en soins palliatifs, d'équipes interdisciplinaires de première ligne et d'une équipe régionale spécialisée dédiées articulées et complémentaires telles que préconisées par le Programme québécois ainsi que l'absence de leadership régional en matière d'harmonisation des pratiques, de coordination des services et de soutien spécialisé à l'intervention.	

PLAN DÉTAILLÉ DES INTERVENTIONS

Volets prévention – promotion - dépistage

Prévention des cancers par une approche intégrée dans le domaine des habitudes de vie et maladies chroniques

Clientèle : Enfants 5-11 ans

Pour les enfants de 5-11 ans, cette section identifie des activités à déployer :

1. en regard de la mise en place, en collaboration avec le réseau de l'éducation, d'une programmation d'activités globales et concertées pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants en agissant notamment sur les saines habitudes de vie.
2. au niveau de la promotion de l'activité physique.

1 Programmation d activites globales et concertees pour promouvoir la sante et le bien-etre des enfants de 5-11 ans

OBJECTIFS

D'ici 2012 :

- **réduire l'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement;**
- **réduire l'usage du tabac chez les jeunes;**
- **augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour;**
- **réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %;**
- **réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 % à 22 % et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes en plus de prévenir l'excès de poids chez les enfants et les adolescents.**

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT (NÉCESSAIRE POUR RÉALISER LES PROPOSITIONS)
Élaboration et implantation, en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, d'une intervention globale, concertée de type « École en santé », pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'habitudes de vie et maladies chroniques						
• Réalisation dans 50 % d'écoles primaires d'une programmation de type « École en santé ». Cinq stratégies devront être utilisées dans les écoles visées : 1. Activités d'information-sensibilisation. 2. Application de politiques, de lois et de règlements (ex. : Politique alimentaire). 3. Activités d'aménagement du milieu. 4. Activités de développement des compétences. 5. Activités de promotion et de soutien des pratiques cliniques préventives (ex. : counselling sur les habitudes de vie). **Les thèmes à considérer dans les activités à déployer sont le non-usage du tabac, la saine alimentation, l'activité physique et l'hygiène dentaire.** Il est à noter que les objectifs de santé et les activités prévues dans les fiches 5-11 ans, Habitudes de vie et maladies chroniques traitant de la santé buccodentaire et de l'activité physique peuvent être intégrés en totalité ou en partie à la programmation intégrée « École en santé ».	Nombre d'écoles primaires rejointes par les CLSC ayant mis en place une programmation du type « École en santé » concernant la prévention des problématiques d'habitudes de vie et maladies chroniques. Nombre d'enfants rejoints. Nombre de parents rejoints. Nombre de rencontres de parents.	X	→	→	**Local**	

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT (NÉCESSAIRE POUR RÉALISER LES PROPOSITIONS)
Processus régional d'implantation						
• Formation d'un comité régional MSSS-MEQ (axe promotion-prévention) tel que prévu dans l'Entente de complémentarité MSSS-MEQ.	Comité formé. Nombre de rencontres régionales.	X	→		**Régional**	67 500 $ 1 ETC (agent de planification et de programmation sociosanitaire)[1]
• Élaboration d'un cadre de référence régional sur l'approche de type « École en santé » harmonisé au modèle national.	Cadre de référence régional élaboré.	X			**Régional**	
• Identification des critères de priorisation des écoles primaires ciblées.	Critères de priorisation définis.	X			**Régional**	
• Soutien et suivi des programmations de type « École en santé ».	Analyse des bilans locaux.			X	**Régional**	
Processus local d'implantation						
• Choix des écoles ciblées par les instances locales (commissions scolaires, CLSC, autres partenaires).	Nombre d'écoles ciblées.		X	→	**Local**	810 000 $ 12 ETC (infirmière)
• Engagement des milieux scolaires ciblés à développer une approche de type « École en santé ».	Nombre d'ententes convenues entre écoles, commissions scolaires et CLSC.		X	→	**Local**	
• Choix d'activités prioritaires en lien avec les problématiques identifiées dans le PNSP et identification des stratégies ou moyens pour atteindre les objectifs visés.	Activités et stratégies utilisées convenues. Comité école mis en place.		X	→	**Local**	
• Déploiement des activités dans l'école et dans la communauté.	Nombre et type d'activités réalisées à l'école et dans la communauté.		X	→	**Local**	
• Réalisation d'un bilan annuel et ajustements.	Bilan locaux réalisés et diffusés et ajustements apportés.		X	→	**Local**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES

Formation continue des intervenants des écoles primaires et du réseau de la santé concernant le soutien à l'adoption de bonnes habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques annuellement.

1 Cette ressource régionale est la même que celle identifiée pour la clientèle 5-11 ans, Développement, adaptation et intégration sociale, « École en santé ».

2. Promotion de l'activité physique

OBJECTIF : D'ici 2012, augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT (NÉCESSAIRE POUR RÉALISER LES PROPOSITIONS)
Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie						
• Réalisation d'activités régionales de la campagne nationale.	Nombre d'activités réalisées.	X	→	→	**Régional**	
• Réalisation d'activités locales de la campagne nationale.	Nombre d'activités réalisées.		X	→	**Local**	
• Soutien au milieu scolaire pour la réalisation d'activités promotionnelles par exemple « Plaisir sur glace », le « Mois de l'éducation physique et du sport étudiant » et de la campagne « Marchons vers l'école ».	Nombre d'activités réalisées.		X	→	**Local**	
Promotion de la création d'environnements favorisant la pratique d'activités physiques dans les écoles primaires						
• Participation aux travaux des comités d'actions locaux (CAL) pour l'élaboration d'une programmation d'activités physiques intégrées à la grille horaire dans le cadre du programme « Québec en forme » ou autres programmes.	Nombre d'écoles participantes.	X	→	→	***Local***	270 000 $ *4 ETC (kinésiologue ou l'équivalent)*[1]
• Soutien aux écoles primaires dans le développement d'une cour d'école saine et sécuritaire (organisation, animation d'activités, équipements).	Nombre d'écoles participantes. Nombre d'activités offertes. Nombre d'intervenants formés.		X	→	***Local***	
• Soutien à la mise en place de mesures favorisant l'aller-retour sécuritaire et actif à l'école pour les enfants.	Nombre de projets mis en place.		X	→	**Local**	
Conception et organisation d'activités éducatives axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie						
• Soutien aux équipes école et aux équipes cycle dans leur tâche d'enseignement d'activités de promotion de saines habitudes de vie notamment par l'utilisation du « Passeport santé ».	Nombre d'enseignants rencontrés. Nombre d'enseignants formés. Nombre de jeunes rejoints.		X	→	**Local**	
• Animation d'activités visant à renforcer le rôle des parents à l'égard de l'acquisition de saines habitudes de vie par leurs enfants.	Nombre de rencontres organisées. Nombre de parents rejoints.			X	**Local**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES

- Formation sur les stratégies efficaces et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques chez les jeunes.
- Formation et information sur certains éléments de programmation, notamment « Québec en forme », « Plaisir sur glace », « Marchons vers l'école », « Passeport santé », « Concours École active », etc.

[1] Ces professionnels auront aussi comme tâche de collaborer aux projets « École en santé » en plus de contribuer au volet « activité physique » du Programme de prévention des maladies chroniques pour la clientèle adulte.

Clientèle : Adolescents 12-17 ans

Pour les adolescents, cette section identifie des activités de prévention à déployer :

1. pour la mise en place en collaboration, avec le réseau de l'éducation, d'une programmation d'activités globales et concertées pour promouvoir la santé et le bien-être des jeunes en agissant notamment sur les saines habitudes de vie;
2. au niveau de la lutte au tabagisme;
3. au niveau de la promotion de l'activité physique.

1. Programmation d'activités globales et concertées pour promouvoir la santé et le bien-être des adolescents de 12-17 ans

OBJECTIFS

D'ici 2012 :

- **réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 % à 22 % et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes en plus de prévenir l'excès de poids chez les adolescents;**
- **augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour;**
- **réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %.**

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT (NÉCESSAIRE POUR LA RÉALISATION DES PROPOSITIONS)
Élaboration et implantation, en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, d'une intervention globale, concertée de type « École en santé », pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'habitudes de vie et maladies chroniques						
• Réalisation dans 50 % d'écoles secondaires d'une programmation de type « École en santé ». Cinq stratégies devront être utilisées dans les écoles visées : 1. Activités d'information-sensibilisation. 2. Application de politiques, de lois et de règlements (ex. : Politique alimentaire). 3. Activités d'aménagement du milieu. 4. Activités de développement des compétences. 5. Activités de promotion et de soutien aux pratiques cliniques préventives (ex. : counselling sur les habitudes vie). **Les thèmes à considérer dans les activités à déployer sont le non-usage du tabac, la saine alimentation, l'activité physique et l'hygiène dentaire.** Il est à noter que les objectifs de santé et les activités prévues dans les fiches 12-17 ans, Habitudes de vie et maladies chroniques traitant de la santé buccodentaire, de l'activité physique et du tabagisme peuvent être intégrés en totalité ou en partie à la programmation intégrée « École en santé ».	Nombre d'écoles secondaires rejointes par les CLSC ayant mis en place une programmation du type « École en santé » concernant la prévention des problématiques d'habitudes de vie et maladies chroniques. Nombre d'enfants rejoints. Nombre de parents rejoints. Nombre de rencontres de parents.		X →		**Local**	

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT (NÉCESSAIRE POUR LA RÉALISATION DES PROPOSITIONS)
Processus régional d'implantation						
• Formation d'un comité régional MSSS-MEQ (axe promotion-prévention) tel que prévu dans l'Entente de complémentarité MSSS-MEQ.	Comité formé. Nombre de rencontres régionales.		X →		**Régional**	67 500 $ 1 ETC (agent de planification et de programmation sociosanitaire)[8]
• Élaboration d'un cadre de référence régional sur l'approche de type « École en santé » harmonisé au modèle national.	Cadre de référence régional élaboré.		X		**Régional**	
• Identification des critères de priorisation des écoles primaires ciblées.	Critères de priorisation définis.		X		**Régional**	
• Soutien et suivi des programmations de type « École en santé ».	Analyse des bilans locaux.			X	**Régional**	
Processus local d'implantation.						
• Choix des écoles ciblées par les instances locales (commissions scolaires, CLSC, autres partenaires).	Nombre d'écoles ciblées.			X	**Local**	742 500 $ 11 ETC (infirmière)
• Engagement des milieux scolaires ciblés à développer une approche de type « École en santé ».	Nombre d'ententes convenues entre écoles, commissions scolaires et CLSC.			X	**Local**	
• Choix d'activités prioritaires en lien avec les problématiques identifiées dans le PNSP et identification des stratégies ou moyens pour atteindre les objectifs visés.	Activités et stratégies utilisées convenues. Comité école mis en place.			X	**Local**	
• Déploiement des activités dans l'école et dans la communauté.	Nombre et type d'activités réalisées à l'école et dans la communauté.			X	**Local**	
• Réalisation d'un bilan annuel et ajustements.	Bilans locaux réalisés et diffusés et ajustements apportés.			X	**Local**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES

Formation en 2004-2005 des dirigeants et personnel scolaire sur le concept d'école en santé et sur la programmation intégrée en milieu scolaire avec le guide sur l'implantation d'écoles en santé réalisé conjointement par le ministère de l'Éducation du Québec et le MSSS.

[8] Cette ressource régionale est la même que celle identifiée dans la fiche Développement, adaptation et intégration sociale, 12-17 ans, « École en santé ».

2. Lutte au tabagisme

OBJECTIFS
D'ici 2012 :
- **réduire l'usage du tabac chez les jeunes du secondaire;**
- **réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.**

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT (NÉCESSAIRE À LA RÉALISATION DES PROPOSITIONS)
Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie						
• Participation régionale aux campagnes provinciales de dénormalisation sur les effets de la fumée dans l'environnement.	Nombre d'activités médiatiques régionales en rapport avec les campagnes nationales ou provinciales.	X	→	→	**Régional**	80 000 $ (alloués par le MSSS annuellement pour les activités de prévention du tabagisme)
• Actualisation des actions visant la promotion d'une politique globale sur le tabac (prévention, cessation, cours d'école sans fumée) dans les écoles secondaires de l'Estrie. Plan 2003-2008 « Vers des écoles sans fumée ».	Nombre d'écoles secondaires mettant en place une politique globale sur le tabac.	→	→	→	Local	
Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives						
• Formation continue des intervenants des écoles secondaires concernant le soutien à l'abandon tabagique.	Nombre de formations réalisées.	X	→	→	**Régional**	
	Nombre d'infirmières et autres intervenants formés (ex. : cliniques jeunesse).	X	→	→		
Promotion et application de politiques						
• Formation des intervenants des écoles secondaires concernant l'application d'une politique globale d'école sans fumée.	Nombre de formations réalisées.	X	→	→	**Régional**	
	Nombre d'infirmières et autres intervenants du milieu scolaire formés.	X	→	→		
• Enquête sur la prévalence du tabagisme dans les écoles secondaires.	Bilan de la prévalence du tabac dans les écoles.	X			**Régional**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES
Soutien annuel (formation, mise à jour) des intervenants des écoles secondaires concernant l'actualisation des activités reliées au Programme régional « Vers des écoles sans fumée » (3 à 4 rencontres/année).

3. Promotion de l'activité physique

OBJECTIFS

D'ici 2012 :

- augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans;
- augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT (NÉCESSAIRE POUR RÉALISER LES PROPOSITIONS)
Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie						
• Réalisation d'activités régionales de la campagne nationale.	Nombre d'activités réalisées.	X	→	→	**Régional**	
• Réalisation d'activités locales de la campagne nationale.	Nombre d'activités réalisées.		X	→	**Local**	
• Soutien au milieu scolaire pour la réalisation d'activités promotionnelles par exemple « Plaisir sur glace », Le « Mois de l'éducation physique et du sport étudiant » et de la campagne « Marchons vers l'école ».	Nombre d'activités réalisées.		X	→	**Local**	
Promotion de la création d'environnements favorisant la pratique d'activités physiques dans les écoles secondaires						
• Participation aux travaux des comités d'actions locaux (CAL) pour l'élaboration d'une programmation d'activités physiques intégrées à la grille horaire dans le cadre du programme « Québec en forme » ou autres programmes.	Nombre d'écoles participantes.			X	***Local***	202 500 $ 3 ETC (kinésiologue ou l'équivalent)[9]
• Soutien aux écoles secondaires dans le développement d'une cour d'école saine et sécuritaire (organisation, animation d'activités, équipement).	Nombre d'écoles participantes. Nombre d'activités offertes. Nombre d'intervenants formés.		X	→	**Local**	
Conception et organisation d'activités éducatives axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie.						
• Soutien aux équipes écoles et aux équipes cycle dans leur tâche d'enseignement d'activités de promotion de saines habitudes de vie notamment par l'utilisation du « Passeport santé ».	Nombre d'enseignants rencontrés. Nombre d'enseignants formés. Nombre de jeunes rejoints.			X	**Local**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES

- Formation sur les stratégies efficaces et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques chez les jeunes.
- Formation et information sur certains éléments de programmation, notamment « Québec en forme », « Plaisir sur glace », « Marchons vers l'école », « Passeport santé », « Concours École active », etc.

[9] Ces professionnels auront aussi comme tâche de collaborer aux projets « École en santé » en plus de contribuer au volet « activité physique » du Programme de prévention des maladies chroniques pour la clientèle adulte.

Clientèle : Adultes

Pour les adultes, cette section identifie des activités :

1. de promotion et de prévention visant globalement les habitudes de vie, plus particulièrement en matière de counselling clinique sur les habitudes de vie auprès d'une clientèle à haut risque de maladies chroniques;
2. de lutte au tabagisme;
3. de promotion de l'activité physique;
4. du dépistage du cancer du sein et du cancer du col.

1. Promotion et prévention visant globalement les habitudes de vie

OBJECTIFS

D'ici 2012, outre les objectifs liés à l'activité physique et au tabagisme présentés ultérieurement dans cette section :

- **réduire la prévalence de l'excès de poids de 28 % à 22 % et celle de l'obésité de 13 % à 10 % chez les adultes;**
- **augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour.**

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT (NÉCESSAIRE POUR LA RÉALISATION DES PROPOSITIONS)
Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie						
• Avec les messages et outils développés par la campagne nationale, pénétration régionale et locale des activités auprès de la population régionale et ce, par : - Relation de presse. - Relation publique. - Campagne publicitaire.	Présence plan de communication. Nombre et type d'activités. Nombre de médias rejoints.		X	→	**National/Régional**	10 000 $
Promotion et application de politiques, de lois et de règlements favorisant l'adoption de saines habitudes de vie						
• Mise en œuvre de la Politique québécoise révisée en matière de nutrition et des Orientations en matière d'alimentation.	À préciser par le MSSS.				**Régional/local**	
Promotion et prévention en ce qui concerne de saines habitudes dans les milieux de vie						
Intervention en milieu de travail • Soutien des CLSC dans la mise en place d'activités éducatives et environnementales en milieu de travail concernant la saine alimentation, la promotion de l'activité physique et la prévention du tabagisme.	Nombre de rencontres avec les CLSC. Nombre d'intervenants de CLSC formés. Nombre de milieux de travail rejoints.		X	→	**Régional**	67 500 $ 1 ETC (agent de planification et de programmation sociosanitaire) Déjà alloués : 183 075 $/an 80 000 $ (alloués par le MSSS annuellement pour la cessation tabagique)
• Déploiement d'activités éducatives et environnementales sur les saines habitudes de vie auprès des travailleurs des CLSC et des milieux scolaires.	Proportion des milieux de la santé (CLSC) et de l'éducation rejoints. Proportion des milieux de la santé (CLSC) et de l'éducation participants.			X	**Local**	337 500 $ 5 ETC (infirmière) 337 500 $

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT (NÉCESSAIRE POUR LA RÉALISATION DES PROPOSITIONS)
Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives						5 ETC (nutritionniste)[10] 20 000 $ (formation, matériel, outils) 80 000 $ (fonctionnement local)
• **Au sein des services de santé courants des CLSC, poursuivre le déploiement du Programme de prévention des maladies chroniques :** ➢ Formation de l'ensemble des intervenants à réaliser des interventions minimales et brèves sur les habitudes de vie.	Nombre d'intervenants formés sur les habitudes de vie.			→	**Régional**	
➢ Formation et maintien des compétences des intervenants offrant un suivi intensif et complet des clientèles à risque.	Nombre et type d'activités de formation. Nombre d'intervenants rejoints.			→	**Régional**	
➢ Mise en place des services cliniques préventifs en offrant un counselling complet et intensif auprès des personnes présentant trois facteurs de risque de maladies chroniques.	Nombre de clients suivis. Nombre d'interventions. Type d'interventions.			→	**Local**	
• **Auprès des médecins, des GMF, des CLSC et des cabinets privés :** ➢ Promotion du counselling concernant le tabagisme, la saine alimentation et l'activité physique, et de la détection précoce de certaines maladies chroniques ciblées.	Plan annuel de formation élaboré. Nombre et type d'activités réalisées.	X		→	**Régional**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES

Plusieurs formations ainsi que le maintien des compétences sont prévus à l'intérieur du déploiement des activités.

Les thèmes de formation sont :

- la cessation tabagique (counselling);
- le counselling sur l'activité physique;
- le counselling sur l'alimentation;
- l'approche de modification de comportement individuel.

Les besoins de formation feront l'objet d'une planification annuelle avec les responsables de ces dossiers dans les CLSC.

2 Lutte au tabagisme

OBJECTIFS
D'ici 2012 :
- **réduire la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui font usage du tabac de 24 % à 18 %;**

[10] Ce type de professionnel participe aussi aux activités prévues dans « École en santé », volet Habitudes de vie, en plus de participer au Programme de prévention des maladies chroniques pour la clientèle adulte.

- **réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement.**

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie						
• **En collaboration avec les chapitres régionaux des Fondations des maladies du cœur et de la Société du cancer, faire connaître le concours « J'arrête j'y gagne » et cibler particulièrement les milieux de travail : santé et services sociaux et éducation.**	Nombre d'inscriptions estriennes au concours « J'arrête, j'y gagne ».	X		→	***Régional***	80 000 $ pour les services d'abandon tabagique (déjà alloués pour 2003-2004)
• Campagne régionale sur les méthodes et services d'abandon du tabac.	Nombre d'activités médiatiques régionales.	X		→	Régional	
Promotion et prévention en ce qui concerne de saines habitudes dans les milieux de vie						
• Information et sensibilisation des milieux de travail concernant les méthodes et services d'abandon du tabac disponibles en Estrie destinés aux adultes. Une attention particulière sera portée au milieu de la santé et des services sociaux et au milieu de l'éducation.	Nombre d'inscriptions dans les services de cessation individuel ou de groupe dans ce public cible.	X		→	**Local**	
	Nombre d'outils de promotion distribués dans les milieux ciblés.	X		→		
Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives						
• Services de soutien à l'abandon tabagique dans chaque CLSC (intervention intensive).	Présence d'au moins une infirmière ou un infirmier formé par CLSC pour l'intervention intensive.	X		→	Local	
	Nombre de clients suivis par les services intensifs du centre d'abandon tabagique.			→		
• Formation à l'intervention minimale ou brève de soutien à l'abandon tabagique par les autres professionnels du CLSC et de la MRC (médecins, pharmaciens, dentistes, etc.)	Nombre de professionnels formés en intervention minimale ou brève.	X		→	Local	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES
Déjà dans les activités.

3. Promotion de l'activité physique

OBJECTIF : D'ici 2012, augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT (NÉCESSAIRE POUR RÉALISER LES PROPOSITIONS)
Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie						
• Réalisation d'activités régionales de la campagne nationale.	Nombre d'activités réalisées.	X			***Régional***	
• Réalisation d'activités locales de la campagne nationale.	Nombre d'activités réalisées.		X		***Local***	
• Réalisation d'activités promotionnelles (ex. : « Plaisir sur glace », Campagne de promotion de la marche).	Nombre d'activités réalisées.		X	→	**Local**	
Promotion de la création d'environnements favorisant la pratique d'activités physiques dans les milieux de vie						
• Réalisation de l'inventaire des ressources en activité physique de la MRC et distribution d'un outil promotionnel.	Nombre de répertoires produits. Nombre de répertoires distribués.	X	→	→	***Local***	Ressources déjà incluses dans le volet Activité physique, habitudes de vie et maladies chroniques, 5-11 ans et 12-17 ans
• Actions d'influence auprès du milieu municipal dans l'identification d'infrastructures favorisant la pratique d'activités physiques durant les quatre saisons.	*Nombre de projets identifiés réalisés.*			X	***Local***	
• Soutien aux groupes communautaires ou groupes de citoyens désireux de s'engager dans des programmes d'initiation à l'activité physique de façon autonome (exercices en groupe, en gymnase, à la piscine, à vélo, clubs de marche, etc.).	Nombre de groupes engagés dans les programmes. Nombre de personnes formées. Nombre de personnes participantes.		X	→	***Local***	
Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives						
• Formation des professionnels de la santé sur l'intervention minimale ou brève en activité physique (ex. : counselling).	Nombre de professionnels formés.	X	→	→	**Régional**	
• Réalisation du counselling complet et intensif en activité physique auprès de la clientèle présentant au moins trois facteurs de risque de maladies chroniques dans le cadre du Programme de prévention des maladies chroniques.	Nombre de clients suivis dans le Programme de prévention des maladies chroniques.	X	→	→	***Local***	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES

- Formation sur les stratégies efficaces et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques chez les adultes.
- Formation et information sur certains éléments de programmation, notamment, « Plaisir sur glace », Campagne de promotion de la marche, etc.
- Formation sur le volet activité physique des pratiques cliniques préventives.

4. Dépistage du cancer du sein et du cancer du colon

OBJECTIFS

D'ici 2012 :

- **réduire la mortalité par cancer du sein de 25 % chez les femmes de 50 à 69 ans;**
- **réduire la mortalité par cancer du col.** (Il n'y a aucun objectif pour le cancer du col dans le Programme national de santé publique)

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT (NÉCESSAIRE POUR RÉALISER LES PROPOSITIONS)
Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives du dépistage (nouvelle proposition non prévue dans le PAR de santé publique)			→			
• Tenue de rencontres interactives avec les médecins traitants, diffusion d'informations par des approches et outils diversifiés sur les lignes directrices, les directives du programme, les résultats obtenus régionalement, etc. • Suivi auprès du MSSS des travaux en regard du dépistage du cancer du col utérin.	Nombre de rencontres tenues. Nombre de médecins rejoints. Outils diffusés (ex : fiches sur les lignes directrices « reminder »). Recommandations ministérielles en regard du cancer du col utérin.	X			**RÉGIONAL**	3 000 $ (matériel)
Mise en place du Programme québécois de dépistage du cancer du sein dans toutes les régions et consolidation du volet portant sur l'assurance qualité au niveau régional			→			
• Interventions de communication diversifiées et novatrices pour : ➢ sensibilisation des femmes à la problématique du cancer du sein et à son dépistage; ➢ fidélisation de la clientèle de 50 à 69 ans à passer une mammographie de dépistage aux 2 ans; ➢ promotion efficace du programme et de ses services auprès des femmes mais également auprès des médecins.	Taux de participation au dépistage. Taux d'adhésion au programme. Taux de médecins et intervenants informés du PQDCS. Nombre d'activités de communication.	X			**Régional**	10 000 $ (communication)
• Tenue de rencontres interactives avec les médecins traitants, diffusion d'informations par des approches et outils diversifiés sur les lignes directrices, les directives du programme, les résultats obtenus régionalement, etc.	Nombre de rencontres tenues. Nombre de médecins rejoints. Outils diffusés (ex : fiches sur les lignes directrices « reminder »).	X	→		**RÉGIONAL**	3 000 $ (matériel)
• Promotion individuelle du dépistage du cancer du sein et du PQDCS par les professionnels de CLSC impliqués dans le « Programme régional intégré de services préventifs pour les habitudes de vie et les maladies chroniques ».	Nombre d'intervenants rejoints et formés. Nombre d'outils utilisés.	X			**LOCAL**	
• Interventions d'assurance de la qualité au niveau du programme, des services et des pratiques professionnels en Estrie.	Taux de participation au dépistage. Taux de référence. Taux de détection des nouveaux cas de cancer. Taux de cancer post-mammographie avec résultat normal. Délais pour obtenir une mammographie de dépistage. Délais pour obtenir l'investigation.	X			**RÉGIONAL**	
			→			

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT (NÉCESSAIRE POUR RÉALISER LES PROPOSITIONS)
	Nombre de rencontres du Comité régional d'assurance de la qualité du PQDCS. Nombre d'activités spécifiques telles la révision des cas de biopsie et des cas de cancer découvert, etc.	X			***Régional***	
	Étude de la satisfaction de la clientèle. Étude de la satisfaction des médecins.		X		**RÉGIONAL**	5 000 $ NR
• Interventions visant le soutien psychosocial aux femmes à l'intérieur du PQDCS : ➢ information et soutien, par des interventions brèves ou plus complètes selon le cas, aux femmes qui ont un résultat anormal de mammographie et qui sont en attente d'investigation et d'un diagnostic; ➢ orientation vers les services adéquats, s'il y a lieu (dans les cas des troubles d'anxiété et de stress plus sévères, de dépression, etc.).	Pourcentage des femmes avec un résultat de mammographie anormal rejointes, informées et avec une intervention psychologique brève. (objectif : 100 %, plus de 600 femmes par année). Pourcentage des femmes ayant bénéficié d'une intervention complète ou intensive (objectif : 5 % de la clientèle rejointe soit environ 1 cas par semaine).		X	→	**RÉGIONAL**	33 750 $ 0,5 ETC (infirmière)

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES

En ce qui concerne la promotion des pratiques cliniques préventives, les activités sont directement reliées à ce point.

En regard du Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Des activités de formation et d'assurance de la qualité sont tenues annuellement : la formation des technologues, des activités de rétroaction auprès des centres et des radiologistes à l'aide des indicateurs du PQDCS, etc.

Prévention du cancer de la peau

Clientèle : Enfants, jeunes et adultes

- Les très jeunes enfants sont ciblés pour ce qui est des dangers de l'exposition aux rayons ultraviolets, et certaines interventions effectuées en postnatal peuvent contribuer à réduire l'impact de cette menace. Les enfants de 5 à 11 ans sont plus spécifiquement ciblés pour ce qui est des dangers de l'exposition aux rayons ultraviolets, et certaines interventions d'information visant les parents et les enfants peuvent contribuer à réduire l'impact de cette menace.
- Le public en général doit être sensibilisé aux effets à long terme des rayons ultraviolets.

OBJECTIF : D'ici 2012, diminuer l'incidence des cancers de la peau.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Information aux parents concernant les moyens efficaces de protéger leurs enfants de 0 à 5 ans contre les rayons ultraviolets, lors des visites postnatales et des vaccinations **Information aux parents concernant les moyens efficaces de protéger leurs enfants de 5 à 11 ans contre les rayons ultraviolets**						
• Distribution des outils d'information.	100 % des outils produits par le MSSS seront diffusés auprès des intervenants de première ligne en santé, en Estrie.	X	→	→	**National** **Régional** **Local**	Budget régulier
Sensibilisation, par la tenue de campagnes d'information et de sensibilisation, de la population et des intervenants aux méfaits des expositions aux ultraviolets						
• Sensibilisation du MSSS à la pertinence d'intervenir en prévention du cancer de la peau.	Nombre et type de mesures incitatives régionales et locales tenues auprès du palier national en regard de l'exposition aux rayons ultraviolets.	X	→	→	National Régional (National pour la tenue des campagnes)	Budget régulier
• Suivi des travaux auprès du MSSS.	Recommandations ministérielles en regard de la prévention du cancer de la peau.	X	→	→		

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES

Aucune activité de formation n'est prévue au niveau régional.

Volet investigation, traitement et soutien

Clientèle : Jeunes et adultes ciblés par l'offre de service en investigation et soutien.

OBJECTIF :

D'ici 2007 :

- **assurer l'accessibilité de la clientèle en besoin à des services médicaux généraux et spécialisés dans des délais jugés raisonnables sur l'ensemble du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux.**
- **assurer l'accessibilité à toute la clientèle en besoin aux interventions spécialisées ainsi qu'aux moyens d'investigation à l'intérieur des délais médicalement requis.**
- **Implanter le modèle régional d'organisation de service tel que retenu par le Comité de pilotage de la lutte contre le cancer (parcours thérapeutique, équipes territoriales et spécialisées).**
- **Consolider l'offre de service visant l'adaptation et la réadaptation de la clientèle en besoin et de leurs proches ainsi que les activités en lien avec l'hébergement, l'accompagnement et le transport des mêmes clientèles.**

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Organisation de la prise en charge de la clientèle dite orpheline par un médecin omnipraticien.						
• Réalisation et application d'une politique de prise en charge de la clientèle vulnérable sans médecin de famille pour chacun des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.	Une procédure reconnue, officielle et opérationnelle.	X			Département régional de médecine générale	RAMQ
Accroissement et maintien de l'accessibilité à la consultation spécialisée (pour confirmation diagnostique et traitements spécialisés) dans des délais jugés raisonnables.						
• Réalisation d'un portrait de la situation quant aux délais d'attente pour une consultation spécialisée.	Un portrait de la situation complété et indiquant des pistes d'action.	X			Les réseaux locaux de services en collaboration avec le Comité régional de lutte contre le cancer, l'Agence régionale, le DRMG, la CMR et le RUIS	**Nécessaire.** Dont la hauteur reste à déterminer en fonction des besoins en main-d'oeure, équipements et fonctionnement.
• Détermination des délais médicalement acceptables.	Des délais médicalement identifiés comme acceptables et faisant consensus auprès des médecins omnipraticiens et spécialistes de l'Estrie.		X		*Note : la contribution du palier provincial est ici essentielle.*	Conséquemment : prévisions d'ententes possibles avec le MSSS et les fédérations médicales pour ce qui concerne le plan d'effectifs et la rémunération des médecins.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
• Établissement d'un plan d'action et identification du financement nécessaire à son actualisation, suite à l'analyse des écarts et à l'identification des pistes d'action prometteuses d'un accroissement de l'accessibilité.[11]	Un plan d'action assorti d'un plan de déploiement. Un plan de planification de main-d'œuvre incluant celui des effectifs médicaux. Un budget d'implantation et d'opération identifié. Un processus de monitorage de l'attente convenue.		X			
• Actualisation du plan d'action en fonction d'un calendrier de déploiement.	Une implantation complétée et un processus de monitorage opérationnel avec pour **indicateur** l'évolution de l'attente en fonction des délais identifiés.			X		
Développement de l'accessibilité pour la clientèle en besoin au plateau technique ainsi qu'aux services spécialisés (tel chimiothérapie, chirurgie oncologique et radiothérapie) dans des délais médicalement requis.						
• Sauf pour la radiothérapie et la chirurgie oncologique[12]. Mise en place, en collaboration avec le MSSS, d'un comité de travail composé de médecins spécialistes en radiologie, oncologie et en recherche évaluative qui verrait à l'élaboration de normes cliniques acceptables de délais d'attente.	Des normes cliniques reconnues et appliquées à l'ensemble du territoire de la région 05.	X	X		L'Agence régionale, le Comité régional de lutte contre le cancer, la CMR, et le RUIS, en collaboration avec les réseaux locaux de services. *Note : la contribution du palier provincial est ici essentielle.*	Nécessaire pour le plan de main-d'œuvre; la coordination des activités et, le cas échéant, le rehaussement du parc d'équipements et du parc d'imagerie.
• En fonction de l'application des normes cliniques d'accessibilité retenues : ajustement de l'offre de service, plus particulièrement du plan de main-d'œuvre; du plan de formation (eu égard au maintien et rehaussement des connaissances); des mécanismes d'accès public/privé et des coûts.[13]	Une planification de services et une accessibilité accrue et maintenue en fonction des normes établies dans chacun des réseaux locaux de services avec pour **indicateur** l'évolution de l'attente selon les délais identifiés.		X	X		

[11] L'établissement d'un guichet unique de traitement et d'orientation des demandes en deuxième ligne est une avenue jugée prometteuse par les membres du comité de pilotage.
[12] Délais d'accès déjà convenus et suivi au plan provincial. Déploiement prévu d'ici décembre 2004, du système informatisé de l'accès aux services de radio-oncologie. (SGAS).
[13] En conformité avec les recommandations du ***Plan régional d'imagerie médicale pour la région 05*** adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de l'Estrie en mars 2003.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Harmonisation des rôles et contributions attendues entre les omnipraticiens et les médecins spécialistes dans la prise en charge et le suivi de la clientèle oncologique.						
• Établissement et mise en place de mécanismes de coopération assurant la continuité dans le processus de prise en charge et de suivi de clientèle.	Des rôles clairement définis entre les médecins omnipraticiens et spécialistes quant à la prise en charge et au suivi de la clientèle;	X			DRMG et CMR en collaboration avec le Comité régional de lutte contre le cancer.	Ajustement des honoraires en fonction d'ententes à négocier (si nécessaire) avec le MSSS et les associations médicales.
	Des mécanismes de références connus et appliqués tout au long du parcours thérapeutique.					
Mise en place, dans chacun des réseaux locaux, de l'équipe territoriale incluant la fonction pivot.						
• Sélection des professionnels qui composeront l'équipe interdisciplinaire territoriale incluant la sélection de l'infirmière pivot.	Des équipes dûment complétées dans chacun des réseaux locaux de services.		X		Réseaux locaux de services en collaboration avec le CHUS et le Comité régional de lutte contre le cancer	Prévoir un ajustement des honoraires pour les médecins responsables des équipes.
• Désignation des personnes qui assureront la responsabilité administrative et la responsabilité médicale de l'équipe.			X			+ 140 000 $ par réseau multipliés par le nombre de réseaux = total à venir. (Sauf Ville de Sherbrooke).
• Établissement de l'offre de service territoriale et des ententes de services avec les équipes spécialisées.	Des équipes opérationnelles.		X	X		Pour 2 ETP (1 fonction pivot et 1 ETP en soutien à l'équipe territoriale ou pour les professionnels terrains travaillant en interdisciplinarité).
• Identification des partenaires de la communauté qui travailleront avec l'équipe territoriale.	Une offre de service et des ententes formelles prévoyant une description de la clientèle visée, les services offerts, les responsabilités des parties impliquées à cet égard et les modalités de fonctionnement retenues.		X	X		+ 280 000 $ pour la Ville de Sherbrooke pour 4 ETP (2 fonctions pivots et 2 ETP en soutien à l'équipe territoriale ou pour les professionnels terrains travaillant en interdisciplinarité).

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Mise en place, au CHUS, des équipes spécialisées par siège tumoral ou sièges multiples pour les cancers suivants : sein, poumon, prostate, colorectal, hématologique, ORL, neurologique, gynécologique, peau et cancers chez les jeunes (pédiatrie) incluant les fonctions pivots.						
• Sélection des professionnels qui composeront les équipes interdisciplinaires (volet social, infirmier, médical, pharmacologie, nutrition, réadaptation). • Sélection des intervenants-pivot. • Désignation, pour l'ensemble des équipes, des personnes responsable du volet administratif et médical.	Des équipes dûment mandatées pour des sites tumoraux ou pour plusieurs sites capables de répondre aux besoins des réseaux locaux, régionaux et suprarégionaux.		X X X		Le CHUS, en collaboration avec les réseaux locaux de services, la communauté et le RUIS.	Prévoir un ajustement des honoraires pour les médecins responsables des équipes. + 560 000 $ pour 8 ETP (4 ETP pour les intervenants-pivot et l'équivalent de 4 ETP pour la constitution des équipes interdisciplinaires).
• Identification des partenaires de l'établissement et des réseaux locaux de services et de la communauté qui travailleront avec le CHUS à la négociation de l'offre de service par site tumoral. • Établissement de l'offre de service et des corridors de services entre les partenaires identifiés.	Des équipes opérationnelles. Des ententes de services prévoyant une description de la clientèle visée, les services offerts, les responsabilités des parties impliquées à cet égard et les modalités de fonctionnement retenues.		X X	X X		
Pour chacun des réseaux locaux et pour le CHUS : organisation ou consolidation des activités nécessaires au soutien physique et psychologique de la clientèle en besoin et leurs proches.						
• Identification de l'offre de service minimale requise pour répondre adéquatement aux besoins d'adaptation et de réadaptation de la clientèle en besoin et leurs proches.	Une offre de service minimale conforme aux orientations du PQLCC en la matière.		X		Le Comité régionale de lutte contre le cancer en collaboration avec l'Agence de développement, le CHUS et les réseaux locaux de services.	Le déploiement du plan d'action est conditionnel à un soutien financier dont la hauteur reste à déterminer.
• Inventaire, par réseau local de services, des ressources disponibles en matière de : ➢ Soutien physique spécialisé (ergothérapeute, nutritionniste, physiothérapeute et autres) et communautaire (Popote roulante, aide aux AVQ et AVD, accompagnement, transport). ➢ Soutien psychologique (travailleur social, psychologue) en établissement et dans la communauté.	Un inventaire complété en fonction de l'offre de service retenue.		X			

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
➢ Ressources d'hébergement temporaire capables de répondre aux besoins ponctuels de la clientèle en besoin et de leurs proches.						
• Établissement d'un plan d'action et identification du financement nécessaire à son actualisation, suite à l'analyse et l'identification des pistes d'action.	Un plan d'action assorti d'un plan de déploiement. Un plan de planification et d'organisation de main-d'œuvre incluant, si nécessaire, la contribution des effectifs médicaux et communautaires. Un financement identifié pour chacun des secteurs de services incluant l'implantation et l'opération.		X			
• Actualisation du plan d'action en fonction d'un calendrier de déploiement.	Une implantation complétée et des services disponibles et opérationnels.			X		

Volet soins palliatifs

Clientèle : Jeunes et adultes en phase palliative de fin de vie d'un cancer et leurs proches, avant et après la mort

OBJECTIF :

En conformité avec les orientations de la politique en soins palliatifs et de fin à venir :

D'ici 2007 :

- **consolider l'accessibilité ainsi que l'offre de service en soins palliatifs aux plans clinique et structurel dans chacun des réseaux locaux de services.**
- **Assurer la disponibilité et l'accessibilité à des services spécialisés visant le soutien clinique aux équipes territoriales ainsi que le maintien et le développement de l'expertise.**
- **Développer et formaliser les activités de soutien à l'équipe médicale incluant la composante de gestion et la composante informationnelle.**
- **Assurer la coordination entre les différents paliers de services spécialisés et autres liés à la prestation de services en soins palliatifs.**
- **Consolider l'accessibilité à des ressources d'hébergement pour soins palliatifs dans chacun des réseaux locaux de services.**

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Mise en place d'équipes interdisciplinaires de première ligne en soins palliatifs dans chacun des réseaux locaux de services.						
• Pour chacun des réseaux locaux, identification des professionnels et autres partenaires qui assureront le leadership visant l'organisation et la prestation de soins palliatifs sur leur territoire.	Des équipes territoriales en soins palliatifs dans la communauté.	X			Les réseaux locaux de services en collaboration avec leur équipe territoriale en oncologie.	À considérer , hauteur à déterminer le cas échéant.
Mise en place d'une équipe régionale d'intervention, de soutien et de développement des compétences spécialisées en soins palliatifs.						
• En conformité avec les orientations du PQLCC quant au rôle dévolu à ce type d'équipe, détermination par le CHUS de la composition interdisciplinaire de son équipe spécialisée.	Une équipe spécialisée en soins palliatifs de deuxième et troisième lignes répondant aux critères du PQLCC en cette matière.	X			Le CHUS en collaboration avec le Comité régional de lutte contre le cancer.	À considérer , hauteur à déterminer le cas échéant.
Élaboration d'une offre de service pour chacun des réseaux locaux et pour l'équipe spécialisée incluant des mécanismes de coordination assurant la continuité, la complémentarité et la qualité des services dispensés.						
• En fonction de la politique sur les soins palliatifs et de fin de vie et de celles du PQLCC :	Une offre de service par réseaux locaux de services conforme à la politique ministérielle ainsi qu'aux orientations du PQLCC				Le Comité régional de lutte contre le cancer en collaboration avec les équipes territoriales en soins palliatifs,	À considérer , hauteur à déterminer le cas échéant.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
➢ Convenir de l'offre de service en oncologie à être dispensée dans chacun des réseaux locaux de services et au CHUS. ➢ Procéder à l'analyse des écarts (en ressources humaines, matérielles et informationnelles). ➢ Identifier les actions nécessaires pour combler ces écarts. ➢ Déterminer les coûts récurrents et non récurrents à être consentis. ➢ Établir le plan de déploiement.	Des coûts identifiés. Des priorités et un plan de déploiement identifiés.		X		l'équipe spécialisée en soins palliatifs, du CHUS et le DRMG.	
➢ Déployer l'offre de service en fonction du calendrier retenu.	Des services déployés et opérationnels dans tous les réseaux et au CHUS. Un budget de fonctionnement récurrent par réseau et au CHUS.		X	X		Un budget de fonctionnement récurrent dont la hauteur reste à déterminer.
➢ Établir la mécanique de coordination des activités entre les réseaux et le CHUS.	Une mécanique de coordination connue et opérationnelle entre tous les acteurs concernés.		X			
Évaluation des besoins et développement de ressources d'hébergement comme alternative à l'hospitalisation ou au maintien à domicile dans chacun des réseaux locaux.						
• Cette activité devra être menée par les réseaux locaux de services suite à la détermination de leur offre de service et s'inscrire à l'intérieur des orientations ministérielles en soins palliatifs et de fin de vie.	Des ressources d'hébergement comme alternatives à l'hospitalisation ou au maintien à domicile en nombre suffisant et conforme à la politique ministérielle en vigueur en soins palliatifs de fin de vie.			X	Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.	Nécessaire et dont la hauteur reste à déterminer.
Développement d'incitatifs organisationnels et pécuniaires afin de soutenir la pratique médicale en soins palliatifs.						
• Identification des éléments structurels, informationnels et cliniques favorisant la pérennité de la pratique médicale en soins palliatifs.	Un environnement organisationnel, informationnel et clinique soutenant pour le développement et le maintien de la pratique médicale en soins palliatifs.	X			Le Comité régional de lutte contre le cancer en collaboration avec le DRMG.	À considérer.
• Appropriation par les médecins impliqués en soins palliatifs.			X			
• Actualisation des éléments retenus comme pertinents à une pratique médicale efficace.	Une pratique médicale efficace.		X	X		

Volet activités liées aux éléments structurant du programme à mettre de l'avant

- **EN LIEN AVEC LA GOUVERNE**

Clientèle :

- **L'ensemble des professionnels des établissements, organismes et partenaires de la communauté qui travaillent à la lutte contre le cancer.**
- **La population, les personnes atteintes et leurs proches.**

OBJECTIF : vous référez au chapitre sur les éléments structurants du programme le lutte contre le cancer.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Mise en place de l'instance régionale de lutte contre le cancer.						
• Dans la foulée de mandat retenu suite à la consultation et adopté par le conseil d'administration de l'Agence de développement : ➢ Constitution du Comité régional de lutte contre le cancer.	Un comité régional de lutte contre le cancer opérationnel et dûment mandaté.	X			L'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux	

- **EN LIEN AVEC L'ARCHITECTURE D'ORGANISATION DE SERVICE PROPOSÉE**

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Mise en place des équipes territoriales et des équipes spécialisées.						
• Vous référez au volet de l'investigation, du traitement et du soutien pour plus de détails.	Des équipes territoriales et spécialisées dûment formées et opérationnelles.			X	Les réseaux locaux … et le CHUS en collaboration, et le Comité régional de lutte contre le cancer.	Vous référez au volet investigation traitement et soutien pour plus de détails.
Mise en place d'une équipe régionale d'intervention, de soutien et de développement des compétences spécialisées en soins palliatifs.						
• En conformité avec les orientations du PQLCC quant au rôle dévolu à ce type d'équipe, détermination par le CHUS de la composition interdisciplinaire de son équipe spécialisée.	Une équipe spécialisée en soins palliatifs de deuxième et troisième lignes répondant aux critères du PQLCC en cette matière.	X			Le CHUS en collaboration avec le Comité régional de lutte contre le cancer.	À considérer et dont la hauteur reste à déterminer le cas échéant.

- **EN LIEN AVEC LE VOLET MAINTIEN ET ÉVOLUTION DE LA QUALITÉ**

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS OU RÉSULTATS ATTENDUS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Établissement du plan d'action visant l'actualisation des objectifs et éléments retenus en matière de ressources humaines, surveillance des activités, assurance de la qualité et évaluation.						
• Vous référez au volet maintien et évolution de la qualité pour plus de détails.	Un plan d'action mis de l'avant et en cours d'actualisation pour chacun des axes d'intervention.	X	X	X	Le Comité régional de lutte contre le cancer.	Nécessaire et dont la hauteur reste à déterminer.

ANNEXES

ANNEXE A

PRÉVENTION ET DÉPISTAGE DES CANCERS

HABITUDES DE VIE ET MALADIES CHRONIQUES - PRÉVENTION DU CANCER DE LA PEAU

En regard des activités de prévention, il a été choisi de présenter le plan d'action en fonction des clientèles 5-11 ans, 12-17 ans et adultes. Une exception, la prévention du cancer de la peau, qui a fait l'objet de propositions touchant l'ensemble des clientèles. Malgré certains risques de répétitions, cette approche par clientèle permet de mieux tenir compte de l'organisation locale des services. Les objectifs cités dans cette section sont ceux retrouvés dans le Programme national de santé publique qui présentent un intérêt dans la lutte contre le cancer.

Les objectifs et les activités présentés sont conformes au Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie, si ce n'est une attention particulière portée aux pratiques cliniques en regard du dépistage du cancer du col utérin ainsi qu'en regard de la sensibilisation de la population et des intervenants aux méfaits des rayons ultraviolets.

QU'EST-CE QU'UN PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ?

La Loi sur la santé publique, adoptée en décembre 2001, prévoit l'élaboration, par le ministre, d'un Programme national de santé publique. La Loi précisait également que ce programme devait contenir des orientations, objectifs et priorités en regard de la surveillance de l'état de santé, de la prévention, de la promotion et de la protection de la santé et qu'il devait être suivi de l'élaboration *de plans d'action régionaux et locaux conformes aux prescriptions du Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP)* et tenir compte des spécificités de la population du territoire.

En Estrie, l'élaboration du *Plan d'action régional de santé publique* (PAR-SP) a donc débuté en janvier 2003 et vise à :

- augmenter la cohérence des activités de santé publique en précisant l'offre de service de santé publique sur l'ensemble du territoire (panier de services de base en santé publique);
- mieux structurer les activités de santé publique autour des fonctions essentielles de santé publique que sont la prévention, la promotion, la protection et la surveillance;
- identifier plus clairement les responsabilités au niveau régional et au niveau local pour la réalisation des activités prévues.

Tous les partenaires de la région, aussi bien sectoriels qu'intersectoriels, sont concernés par ce programme et pourront être appelés à collaborer à sa mise en œuvre, mais la Loi sur la santé publique a désigné les établissements avec mission CLSC comme étant les mandataires légaux de la mise en œuvre au niveau local. Ainsi, dans les prochains mois, ces établissements ont le mandat d'élaborer un plan d'action local de santé publique en concertation, notamment, avec les organismes communautaires concernés, lequel plan doit être conforme aux prescriptions du PNSP et définir, sur le plan local, les mesures à prendre pour atteindre les objectifs inscrits au plan d'action régional compte tenu de la spécificité de la population desservie par l'établissement. Cette dernière étape étant fixée au 31 mars 2004, la population de l'Estrie devrait bénéficier dans les années futures d'une gamme de services de santé publique de haute qualité et communs à l'ensemble du territoire régional. L'évaluation du programme est prévue sur une base continue et devrait refléter les gains de santé et de bien-être que nous escomptons obtenir dans les prochaines années.

Annexe B

ÉLÉMENTS DE PROGRAMMATION EN ACTIVITÉ PHYSIQUE

Corporation Québec en forme
Programme conjoint du gouvernement du Québec et une Fondation privée pour le développement d'activités physiques auprès des élèves du primaire de milieu défavorisé. En 2003, environ 5 000 enfants d'une trentaine d'écoles de Sherbrooke, des MRC d'Asbestos et du Granit sont rejoints. Au cours des prochaines années, le déploiement de ce programme dans d'autres écoles devrait se poursuivre.

Plaisir sur glace
Campagne de promotion du patinage en famille sur les patinoires extérieures. En 2003, les municipalités de l'Estrie ont organisé une soixantaine d'activités rejoignant près de 10 000 personnes.

Mois de l'éducation physique et du sport étudiant
Campagne de promotion de l'activité physique dans les écoles primaires et secondaires sous la responsabilité de la Fédération québécoise du sport étudiant. Le réseau des éducateurs physiques est impliqué dans l'organisation d'activités promotionnelles.

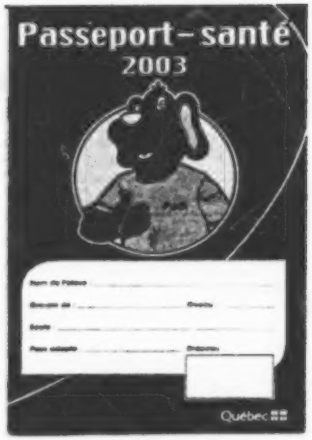
Dossier cour d'école
Approche de promotion d'activités physiques dans le cadre des récréations et sur l'heure du dîner dans les écoles primaires. Un soutien et des outils de formation et d'animation sont offerts aux écoles.

Concours École active
Programme de soutien financier offert aux écoles pour soutenir des projets d'aménagement qui favorisent la pratique d'activités physiques à l'école. En 2003, trois écoles secondaires et sept écoles primaires se sont partagées un peu plus de 4 000 $.

Journée Internationale Marchons vers l'école
Campagne de sensibilisation adressée aux jeunes des écoles primaires et leurs parents pour favoriser l'aller-retour sécuritaire et actif à l'école. Les préoccupations sont de l'ordre de l'activité physique, la santé, la sécurité et l'environnement.

ANNEXE C

LE PASSEPORT SANTÉ : POUR UNE APPROCHE DE PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE



Le passeport santé s'inscrit dans une démarche amorcée par le milieu de l'éducation estrien avec la collaboration de la Direction de santé publique et de l'évaluation.

La création de ce passeport santé est né dans le cadre d'un projet éducatif élaboré dans le contexte de la présentation à Sherbrooke des Championnats mondiaux d'athlétisme jeunesse 2003.

Un partenariat intervenu entre plusieurs organismes de l'Estrie a permis la réalisation d'une première version du passeport santé et l'expérimentation de cet outil au cours des mois de mars à juin 2003 dans plusieurs écoles primaires de l'Estrie.

Un outil à saveur de réforme de l'Éducation

Le passeport santé a été élaboré à partir des composantes retenues dans le *Programme de formation de l'école québécoise.* Six thématiques, issues du domaine santé et bien-être ainsi que de la compétence « adopter un mode de vie sain et actif », du Programme d'éducation physique et à la santé ont été développées. Il s'agit de :

- l'activité physique;
- la condition physique;
- le sommeil et la relaxation;
- la pratique sécuritaire d'activités;
- l'hygiène;
- l'alimentation.

Si les thèmes reliés à l'activité physique sont principalement sous la responsabilité des éducateurs physiques, d'autres thèmes nécessitent l'implication des titulaires de classe.

L'idée du passeport santé ne se limite pas à la transmission d'éléments de connaissance, mais veut surtout placer le jeune au centre de son apprentissage en lui faisant vivre une démarche basée sur les quatre composantes de la compétence *adopter un mode de vie sain et actif* :

1. Analyser les effets de certaines habitudes de vie sur sa santé et son bien-être.
2. Planifier une démarche visant à modifier certaines de ses habitudes de vie.

Les outils disponibles

- Passeport 1er cycle (français)
- Passeport 1er cycle (anglais)
- Passeport 2e cycle (français)
- Passeport 2e cycle (anglais)
- Guide de l'enseignant (français)
- Guide de l'enseignant (anglais)
- Cadres de référence (à venir)

Les partenaires impliqués

- Direction régionale du MEQ
- C.S. de Sherbrooke
- C.S. des Sommets
- C.S. des Hauts-Cantons
- C.S. Eastern Townships
- Les institutions privées de l'Estrie
- Direction de santé publique et de l'évaluation (RRSSSE)
- Kino-Québec
- Conseil sport loisir de l'Estrie
- Association des éducateurs et éducatrices physiques de l'Estrie

Les outils développés

1. Un passeport santé, qui est l'outil avec lequel les élèves des écoles de l'Estrie chemineront pour faire une réflexion et des expérimentations sur leur mode de vie. Deux versions de passeport ont été développées. Une version pour les enfants qui n'écrivent pas ou peu (pré-scolaire, premier cycle, déficience intellectuelle) et une autre pour les élèves des 2e et 3e cycle.
2. Un guide pédagogique offert aux enseignants pour faciliter l'utilisation du passeport santé dans leur enseignement.

Un projet régional à développer

Divers éléments en relation avec le passeport santé et les habitudes de vie pourraient être élaborés au cours des prochaines années, en faisant contribuer les ressources des deux réseaux.

- Des cadres de référence comprenant des éléments de contenus (problématiques, messages) ainsi que des suggestions de situations d'apprentissages et de ressources complémentaires sont en élaboration mais n'ont pu être complétés. Il est prévu que ces contenus, destinés aux enseignants, seront disponibles sur le portail de l'éducation afin de permettre aux enseignants de partager leurs expériences et leurs outils entre eux.
- Une formation axée sur l'enseignement de la troisième compétence en éducation physique (en lien avec le passeport santé) a été expérimentée avec quelques enseignants en éducation physique des 4 Commissions scolaires de l'Estrie. Cette démarche devra s'étendre à l'ensemble des éducateurs physiques. Des activités spéciales de formation devront être développées plus tard pour les autres enseignants désireux d'intégrer le passeport santé dans leur enseignement.
- Une approche semblable pourrait être développée pour les élèves du secondaire tout en modifiant les outils offerts aux élèves. Les cadres de référence, adaptés pour la clientèle adolescente, devront aussi être élaborés.

Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes

C'est le titre du document sur l'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation. C'est aussi dans cet esprit qu'est proposée la collaboration des intervenants du réseau de la santé à l'implantation du passeport santé.
Au-delà de l'outil, c'est la démarche réalisée par les enseignants auprès des enfants qui a de l'importance. Ce projet de passeport santé n'est qu'un aspect de l'intervention en promotion et en prévention dans les écoles. Il ne remplace pas les interventions prévues dans le cadre du Programme national de santé publique.
Les interventions de soutien à être développées par les intervenants de la santé, en soutien au réseau de l'éducation, devront être précisées, mais quelques idées ont déjà été émises, tantôt par des intervenants de l'éducation, tantôt par des intervenants de la santé qui ont été informés de la démarche :

- Participer à l'élaboration des cadres de référence pour chacune des thématiques retenues. L'idée est de fournir aux enseignants un guide très succinct sur les aspects à traiter en fonction de l'âge et les messages de santé à promouvoir auprès des enfants. Par la suite, ce sera la responsabilité de traduire ces enseignements dans des situations d'apprentissage et de façon intégrée ou non à d'autres matières.
- Promouvoir l'utilisation du passeport santé dans les écoles primaires d'abord, puis éventuellement dans les écoles secondaires.
- Soutenir les équipes écoles et les équipes cycle dans l'utilisation du passeport santé et dans l'élaboration de projets de promotion de la santé dans les écoles.
- Développer un guide à l'intention des parents.
- Sensibiliser les parents à l'existence du passeport santé et sur leur rôle parental à l'égard de l'acquisition, par leurs enfants, d'un mode de vie sain et actif.

Annexe D

LE CONCEPT « ÉCOLE EN SANTÉ »

Le concept « École en santé » réfère à un milieu, en l'occurrence l'école où on fait la promotion de la santé et de l'épanouissement personnel et social des jeunes. Une école en santé vise le développement optimal des jeunes. L'approche proposée pour atteindre ce but est l'intervention globale et concertée de promotion et de prévention à partir de l'école. Elle consiste en un ensemble de mesures déployées de façon cohérente par divers partenaires qui travaillent en concertation. Ces mesures sont mises en œuvre dans le cadre du projet éducatif et du plan de réussite des écoles.

L'intervention est globale en ce sens qu'on agit simultanément sur les facteurs clés du développement des jeunes au moyen d'un ensemble de mesures. Six facteurs sont prioritaires : l'estime de soi, la compétence sociale, les habitudes de vie, les comportements sécuritaires, l'environnement et les services préventifs. Il importe que les mesures visent à la fois les jeunes, l'école, la famille et la communauté afin qu'elles se renforcent mutuellement et soient complémentaires.

Cette intervention vise l'ensemble des jeunes incluant les jeunes vulnérables aux prises avec des risques pour leur santé ou avec des difficultés d'adaptation sociale et scolaire. L'intervention globale et concertée se planifie à partir de l'école, en lien avec ses partenaires et se déploie éventuellement dans les divers milieux de vie des jeunes.

Dans « une école en santé », la santé est considérée dans une perspective positive large : c'est la mesure dans laquelle une personne peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et d'autre part, évoluer dans son milieu et s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but à atteindre[14].

La promotion de la santé vise à rendre les élèves aptes à mieux contrôler les facteurs qui ont une influence sur leur santé et leur bien-être. Elle vise à les outiller afin qu'ils adoptent de saines habitudes de vie et des comportements assurant leur sécurité. En plus de soutenir le développement des compétences individuelles, la promotion de la santé vise à permettre l'aménagement d'un environnement scolaire propice au maintien de la santé et aux apprentissages. Elle vise également à inscrire la santé dans les politiques scolaires et les décisions collectives.

« Une école en santé » c'est une école où les élèves, la direction, les enseignants, des parents, des intervenants du CLSC, des professionnels non enseignant, du personnel de soutien et des organismes de la communauté s'engagent à travailler ensemble pour permettre aux jeunes :

- de se développer pleinement;
- d'être et se maintenir en bonne santé;
- d'être bien dans leur peau;
- d'être bien dans leur école;
- de s'épanouir;
- de réussir ce qu'ils entreprennent.

Cette vision de l'école comme milieu de vie propice à la santé et au bien-être s'inspire d'expériences nombreuses au sein de l'Organisation mondiale de la santé (Réseau européen d'écoles-santé), de l'Association canadienne de l'éducation pour la santé (Approche globale de la santé en milieu scolaire) et du Comprehensive School Health américain[15,16,17].

---

[14] Association canadienne pour la santé publique (1993). *Déclaration québécoise pour la promotion de la santé*. Document de consensus, 12 p.

[15] World Health Organization, The European network of health promoting schools, World Heath Organization Regional office of Europe, European Commission, Council of Europe, 15 p.

[16] Association canadienne pour l'éducation à la santé et Santé et Bien-être social Canada (1993), Branchons-nous sur la santé, L'Approche globale de la santé en milieu scolaire, Guide de présentation et d'animation, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, no. Cat.39-275/1993F.

L'approche « École en santé » vient renforcer ce que l'école fait déjà au regard de la santé et du bien-être. Les actions de promotion de la santé qui sont réalisées dans l'école traduisent les besoins exprimés et le choix de priorités effectués par le milieu. Une grande place est réservée aux jeunes dans les décisions et les actions qui les concernent. Pour accompagner leurs enfants, l'alliance avec les parents est favorisée. L'ensemble des acteurs s'engagent dans des objectifs clairs et les actions peuvent être multiples ; elles doivent cependant converger vers les objectifs fixés.

Concrètement, lorsque des partenaires décident d'agir ensemble pour une « École en santé », ils prennent des engagements significatifs à l'égard des éléments suivants :

- intégrer la santé et le bien-être au projet éducatif de l'école;
- impliquer le directeur d'école, le Conseil d'établissement et l'équipe-école;
- inscrire la santé et le bien-être dans les préoccupations de tous;
- saisir toutes les occasions d'agir en faveur de la santé et du bien-être;
- maximiser le développement des compétences personnelles et sociales en lien avec de saines habitudes de vie et des comportements responsables, sains et sécuritaires;
- favoriser l'aménagement d'environnements sains, sécuritaires, propices aux apprentissages et à l'exercice de choix sains.

Pour atteindre les buts fixés, il est essentiel que le personnel du réseau de la santé et des services sociaux accompagne et soutienne directement les écoles dans le développement et l'intégration du concept « École en santé ». Ceci afin d'apporter autant une expertise de processus qu'une expertise de contenu. Différents types de ressources et de professionnels sont requis pour développer le modèle. D'abord, au niveau du service direct et local : des infirmières, des intervenants psychosociaux et des organisateurs communautaires. Ensuite, différentes ressources susceptibles de s'associer au plan d'action de l'équipe « École en santé », soit les organismes communautaires, le service de garde en milieu scolaire, le service de loisir de la municipalité, etc.

---

17 World Health Organization, The European network of health promoting shcools, World Health Organization Régional office of Europe, European Commission, Council of Europe, 15 p.

Annexe E

VERS DES ÉCOLES SANS FUMÉE

Depuis 1996, en collaboration avec les CLSC de l'Estrie, nous travaillons à mettre en place des écoles secondaires sans fumée à savoir, des activités de prévention principalement en secondaire 1 avec des relances en secondaire 2 et en secondaire 3, des actions de soutien à la cessation et des mesures visant la protection des non-fumeurs. Un budget spécifique est alloué à chaque CLSC pour permettre l'actualisation de ces objectifs.

Sur le plan de la prévention, l'ensemble des MRC, et plus précisément 95 % des écoles secondaires ont pu bénéficier d'activités de prévention, que ce soit « Méchant problème », ou le spectacle « In Vivo » ou les groupes de pairs « Gang Allumée ».

Au niveau des services de cessation tabagique, l'ensemble des écoles secondaires du secteur public et quelques écoles du secteur privé ont vu leur personnel ainsi que les intervenants scolaires du réseau des CLSC bénéficier de formations en cessation tabagique dans les années 1998, 1999, 2000 et tout récemment en automne 2002. Ces formations ont eu pour but d'outiller les infirmières et les autres intervenants scolaires intéressés à soutenir les jeunes qui désirent cesser de fumer.

De plus, plusieurs enquêtes ont été effectuées dans les écoles secondaires en 1997, 1998 et 2000. Selon les données recueillies, la prévalence du tabagisme est stable depuis 1997. 70 % des jeunes de 12-17 ans des écoles secondaires sont non-fumeurs, à savoir : 65 % des filles et 75 % des garçons.

En mars dernier, un nouveau plan d'action 2003-2008 a été adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de l'Estrie. En plus de permettre de poursuivre les actions de prévention et de cessation tabagique, ce nouveau plan vise à soutenir les écoles pour mettre en place une politique globale sur le tabac dans les écoles secondaires.

En effet, dans les deux premières phases du projet, l'accent a été mis sur les activités de prévention et de cessation, laissant de côté l'aspect des politiques scolaires sur le tabac. La littérature et les expériences d'autres provinces ou pays nous incitent à prioriser la mise sur pied de politiques globales sur le tabac dans les écoles secondaires de l'Estrie pour la prochaine phase. Cette mesure réduit considérablement la présence du tabac et diminue le nombre de fumeurs dans les écoles où ces politiques existent. Elle consiste, non seulement à interdire le tabac à l'école pour le personnel et les enfants mais aussi de promouvoir le non usage du tabac via des actions de prévention qui s'adressent aux jeunes et des actions de soutien à la cessation qui s'adressent autant aux jeunes qu'aux adultes concernés par l'école (personnel, parents, etc.). Nos efforts vont donc se poursuivre en ce sens dans la lutte contre le tabagisme auprès des jeunes au cours des prochaines années.

Annexe F

LE PROGRAMME DE PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

L'implantation de ce programme de prévention a débuté en janvier 2003, suite à son adoption par le conseil d'administration de la Régie régionale de l'Estrie.

Ce programme de prévention a pour objectif d'assurer le suivi des personnes à risque élevé de maladies chroniques (notamment de maladies cardiovasculaires) nécessitant un suivi pour l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie (non-usage du tabac, pratique régulière d'activités physiques et saine alimentation).

Le mandat d'assurer le déploiement de ces services a été confié aux établissements locaux à mission CLSC afin qu'ils soient intégrés à l'organisation des services de santé courants.

Ce programme vise à former l'ensemble du personnel des services de santé courants sur le counselling bref au niveau du tabagisme, de l'activité physique et de la saine alimentation afin que ce type de counselling soit intégré dans les pratiques cliniques. De plus, est offert, à certaines clientèles à risque élevé de maladies chroniques, un suivi individuel sur ces facteurs de risque.

Actuellement, tous les CLSC offre des services de cessation tabagique dans le cadre de ce programme.